



Repositor Digital Institucional  
“José María Rosa”



Universidad Nacional de Lanús  
Secretaría Académica  
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Marta Celia Fernández

[Fer.marta@hotmail.com](mailto:Fer.marta@hotmail.com)

La Análisis del “cuidado” en la práctica de los trabajadores en salud : el caso del servicio social del Hospital General de Agudos José María

Tesis presentada como requisito final para la obtención del Título de Magister en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud

**Director de la tesis**

Leonardo Federico

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional “José María Rosa” de la Biblioteca “Rodolfo Puiggrós” de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository “José María Rosa” of the Library “Rodolfo Puiggrós” of the University National of Lanús (UNLa)

**Cita sugerida**

Fernández, Marta Celia. (2015). Análisis del “cuidado” en la práctica de los trabajadores en salud : el caso del servicio social del Hospital General de Agudos José María [en Línea]. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria.[fecha de consulta: \_\_\_\_]

Disponible en: [http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/Fernandez\\_M\\_Analisis\\_2015.pdf](http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/Fernandez_M_Analisis_2015.pdf)

**Condiciones de uso**

[www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso](http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso)





UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

11° COHORTE (2008 – 2010)

TÉSIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER

TÍTULO

Análisis del “cuidado” en la práctica de los Trabajadores Sociales en Salud:

El caso del Servicio Social del Hospital General de Agudos José María

Ramos Mejía

MAESTRANDA

Licenciada en Servicio Social Marta Celia Fernández

DIRECTOR

Doctor en Salud Pública Leonardo Federico

FECHA DE ENTREGA

Diciembre, 2014

Lanús, Argentina

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

11° COHORTE (2008 – 2010)

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER

TÍTULO

Análisis del “cuidado” en la práctica de los Trabajadores Sociales en Salud:  
El caso del Servicio Social del Hospital General de Agudos José María  
Ramos Mejía

MAESTRANDA

Licenciada en Servicio Social Marta Celia Fernández

DIRECTOR

Doctor en Salud Pública Leonardo Federico

INTEGRANTES DEL JURADO

Mgr. Brenda Pereyra

Mgr. Raquel Castronovo

Dra. Ana Domínguez Mon

Fecha de aprobación

14/ 07/2015

Calificación

(7 puntos) Bueno

## Agradecimientos

Este texto no es una elaboración meramente propia. En él han participado muchas otras personas, sin cuya presencia esta investigación no hubiese concluido. A todas ellas, les dedico estas palabras de agradecimiento: al Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía, lugar donde trabajo y especialmente a cada uno de mis compañeros/as, quienes fueron partícipes/protagonistas de este estudio y de cuyas palabras me he apropiado en este texto; a mi Director Leonardo Federico, quien compartió generosamente su sabiduría para ayudarme a realizar este trabajo; a mi estimado colega Claudio Robles por su valiosa colaboración en las instancias finales de este trabajo; a mi esposo y mi hijo, por su infinita paciencia y a quienes les pido disculpas por el tiempo robado.

## RESÚMEN

La tesis analiza la dimensión cuidadora en la práctica profesional de los Trabajadores Sociales. El estudio de esta dimensión permite poner luz sobre los procesos de trabajo llevados a cabo por los profesionales que se desempeñan en el Servicio Social de un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires, buscando reconocer como se manifiesta la dimensión cuidadora de la práctica profesional teniendo en cuenta el contexto, las relaciones que se establecen en el proceso de trabajo, focalizando la entrevista como analizador de la práctica profesional. Realiza un análisis del estado del arte en relación al cuidado y las prácticas profesionales en enfermería, salud mental, equipos de salud y trabajo social. Desarrolla el marco conceptual a partir de conceptos centrales: cuidado en salud y entrevista social. Dentro de las modalidades de abordajes comprensivos se elige el estudio de caso. La metodología incluye la observación sistemática de entrevistas y el grupo focal. Los hallazgos permiten visibilizar la dimensión cuidadora a través del análisis del encuadre, los procesos de interacción y aspectos éticos políticos. El encuadre facilitó conocer la duración de las entrevistas y los condicionamientos de lugar y tiempo. El proceso de interacción señaló que no existe un único tipo discursivo y que el proceso de comunicación está en función de la relación que se establece entre el profesional y el usuario/a. Lo ético-político de la acción profesional buscó promover la autonomía en los usuarios/as. En las entrevistas observadas y en la discusión del grupo focal pudo dimensionarse la intersubjetividad del momento asistencial dando lugar al proceso relacional. La acción se constituye como puente entre la relación profesional, el mundo social y la reflexividad. La información obtenida en el estudio será valiosa para la construcción de las prácticas profesionales y la búsqueda de alternativas superadoras en el desarrollo de las mismas.

Palabras clave: Prácticas; Práctica profesional; Cuidado; Servicio Social; Entrevista

## **ABSTRACT**

The thesis analyzes the caring dimension in professional practice of Social Workers. The study of this dimension can shed light on the work processes carried out by professionals who work in the Social Service of a public hospital in Buenos Aires, seeking recognition as the caring dimension of professional practice manifests taking into account the context, the relationships established in the work process, focusing the interview as analyzer professional practice. An analysis of the state of art in relation to the care and professional practice in nursing, mental health, health teams and social work. Develop the conceptual framework from central concepts: health care and social interview. Among the modalities of comprehensive approaches case study is chosen. The methodology includes systematic observation and focus group interviews. The findings allow the caring dimension visible through the analysis of the frame, interaction processes and political ethical aspects. The framing facilitated know the duration of the interviews and the constraints of time and place. The process of interaction indicated that no single discourse type and the communication process is based on the relationship established between the professional and the user / a. What professional ethical-political action sought to promote autonomy users / as. In the observed interviews and focus group discussions could sized intersubjectivity of care currently leading the relational process. The action is as a bridge between the professional relationship, the social world and reflexivity. The information obtained in the study will be valuable for the construction of professional practices and search for better alternatives in developing them.

**Keywords:** Practices; Professional practice; Care; Social Service; Interview

## **LISTADO DE ABREVIATURAS**

HGRM (Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía)

ITS (Infecciones de Transmisión Sexual)

TS (Trabajador/a Social)

U (Usuario/a)

VIH (Virus Inmunodeficiencia Humana)

# CONTENIDO

<b>1. INTRODUCCION</b>	9
<i>1.1 Acerca del Hospital y el Servicio Social</i>	12
<b>1.1.1 Descripción del Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía</b>	12
<b>1.1.2 Descripción de la División Servicio Social</b>	14
<b>1.1.3 La práctica de los Trabajadores Sociales en el Hospital</b>	16
<i>1.2 Objetivos de la investigación</i>	18
<b>1.2.1 Objetivo General</b>	18
<b>1.2.2 Objetivos Específicos</b>	18
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b>	19
<b>3. REVISION DEL ESTADO DEL ARTE</b>	22
<i>3.1 Las prácticas del cuidado en Enfermería</i>	24
<i>3.2 Las prácticas de cuidado en Salud Mental</i>	26
<i>3.3 Las prácticas de cuidado en los Equipos de salud</i>	28
3.4 Las prácticas de cuidado y el Trabajo Social	29
<i>3.5 La entrevista y la práctica profesional del Trabajo Social</i>	31
<b>4. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA</b>	35
<i>4.1 Acerca del Trabajo Social, Cuidado y Entrevista</i>	35
<i>4.2 El Trabajo Social como campo y núcleo disciplinar</i>	38
<i>4.3 El saber en el campo profesional de la acción: la práctica profesional</i>	42
<i>4.4 La entrevista en Trabajo Social</i>	44
<i>4.5 Algunas consideraciones en relación al uso de la entrevista</i>	47
<i>4.6 La dimensión cuidado de la práctica: la entrevista como herramienta analizadora de la práctica en salud</i>	51
<b>5. METODOLOGÍA</b>	54
<i>5.1 El trabajo de campo</i>	59

<b>6. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS</b>	62
<i>6.1 Observación de las entrevistas realizadas por los TS del Servicio Social</i>	62
<b>6.1.1 Acerca del encuadre</b>	62
<b>6.1.2 Acerca del proceso de interacción</b>	65
<b>6.1.3 Acerca de lo Ético-Político</b>	76
<i>6.2 Análisis del grupo focal</i>	80
<b>7. CONSIDERACIONES FINALES</b>	94
<b>8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	99
<b>9. APÉNDICES</b>	106

## 1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación propone analizar la dimensión cuidadora de la práctica de los Trabajadores Sociales en Salud. Centra su atención en el Servicio Social de un Hospital perteneciente al sector público de Salud del territorio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El estudio de esta dimensión de la realidad permitió poner luz sobre los procesos de trabajo llevados a cabo por los Trabajadores Sociales (en adelante TS) que se desempeñan en el Servicio Social del Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía (en adelante HGARM). Buscó reconocer como se manifiesta la dimensión cuidadora de la práctica profesional teniendo en cuenta el contexto en donde se desarrollan las acciones de salud, las relaciones que se establecen en el proceso de trabajo, focalizando la entrevista como analizador de la práctica profesional.

El campo de la salud es un campo polifacético debido a los múltiples aspectos que lo contienen. De tal forma, los actos en salud no pueden pensarse en forma unívoca ni analizarse por fuera de los distintos atravesamientos que los conforman y que dan cuenta de los procesos vinculares, organizacionales y contextuales que los enmarcan.

Así el conjunto de actos en Salud operan sobre una base de tensión constituida al menos, por tres componentes: -a) la tensión dada por el espacio de disputa delimitado por la multiplicidad de sujetos que actúan de acuerdo con sus intereses y tratando de imponer su manera de comprender la salud creyendo que representan el modo universal de entender las necesidades de los otros. Entre estos sujetos están los trabajadores de la salud, los usuarios, los gestores, gobernantes, etc -b) la tensión delimitada por la producción misma de los actos de salud, que se expresa con cierto grado de imprecisión y de libertad. Esta centralidad, que está en el acto mismo de trabajo, es también una posibilidad que dispara y potencia nuevas subjetividades, nuevas expresiones y formas de pensar los actos en salud; -c) la tensión existente en las propias organizaciones y que se expresa en el espacio de actuación de los sujetos, en tanto colectivos de trabajadores que con capacidad de autogobernarse, luchan entre la autonomía y el control impuesto por la organización. (Merhy, 2006)

La construcción de las prácticas en Salud se da, entonces, en un escenario donde estas tensiones operan a nivel de los distintos modos disciplinares que se ponen en juego con el fin de producir salud-cuidado.

Cuidado, vocablo que según la Real Academia Española es derivado del latín “cogitatus-us” significa pensamiento, pensar en uno o en una cosa, reflexionar, proponerse intenciones hacia otra persona y cuyo significado etimológico remite a esmero, trabajar con cuidado. También interés, curiosidad exactitud, vigilancia, solicitud, atención y observación. Al hablar de cuidado lo hacemos en función de una relación de dos o más personas. (Diccionario Ilustrado Latino Español y Español Latino, 1968 p. 86)

En el campo de la salud la idea de cuidado nos remite así a una perspectiva necesariamente relacional y que puede ser dimensionado<sup>a</sup> en la práctica profesional, específicamente en la situación de trabajo.

Para Merhy, lo que define el perfil del cuidado en Salud no es el lugar físico sino el lugar donde el trabajador se inscribe como un sujeto ético-político. En este sentido toma importancia la mirada de Franco quien introduce la idea de la producción subjetiva del cuidado partiendo del supuesto que los trabajadores actúan de manera singular en la producción del cuidado y lo hacen de acuerdo a la deconstrucción y construcción de los territorios existenciales (Franco &Merhy, 2011).

Los territorios existenciales están dados por el saber del núcleo disciplinar<sup>b</sup>, como núcleo de competencia. Así tanto saberes como prácticas van delimitando los modelos de atención en el sector salud observándose una tensión entre los modelos de atención adoptados y la producción de cuidado, especialmente en las organizaciones hospitalarias del sector público, donde es común observar modelos de atención centrados en la lógica de los procedimientos. (Merhy, 2006)

Para Silva Paím los modelos de atención reflejan las combinaciones tecnológicas que operan en los procesos de trabajo en Salud y son una lógica que orienta y organiza los medios de trabajo en tanto saberes e instrumentos. (Silva Paím,2008)

---

<sup>a</sup> En el sentido figurativo del término: importancia, magnitud.

<sup>b</sup>Se lo entiende como núcleo de competencia llamando así al [...] conjunto de saberes y responsabilidades específicas de cada profesión o especialidad. El núcleo demarcará la identidad de un área del saber y de su práctica profesional [...] (De Souza Campos, 2001, p. 122-3).

La posibilidad de realizar el viraje hacia un modo de producir salud basado en el cuidado en las organizaciones hospitalarias implica poner el centro en la dimensión relacional, rompiendo con la estructura basada en un modelo biomédico que aún continúa reinando en la subjetividad de los trabajadores.

Particularmente si pensamos el hospital como un lugar donde circulan gran cantidad de personas, portadoras ellas de diferentes necesidades en diferentes momentos de sus vidas, podemos pensar en reconocer distintas formas de trabajar la integralidad de la salud. Entendiendo por integralidad el concepto que incluye la articulación de cuatro perspectivas: como integración de acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación a través de niveles de prevención primaria, secundaria o terciaria; como forma de actuación profesional desde las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales; como garantía de atención en los distintos niveles de complejidad; y como articulación de políticas públicas vinculadas a proyectos de transformación (Franco &Merhy, 2011, p.552)

El cuidado en el hospital se visualiza como parcelado y dependiendo de la conjugación del trabajo de varios actores (profesionales, técnicos, administrativos, personal de mantenimiento, envueltos todos en una compleja trama de actos, saberes, procedimientos, flujos y rutinas donde la integralidad puede darse y expresarse como una línea de montaje en cadena o bien, como una red transversal que articula y establece consensos. (Franco &Merhy, 2011)

Así el cuidado en el hospital está dado por la puesta en juego de los distintos modos disciplinares. En las diferentes percepciones existentes en las singularidades profesionales en tanto trabajadores, que establecen conexiones entre si desde el deseo que cada uno tiene de realizar su trabajo y las posibilidades de poder realizarlo con un alto grado de libertad. El trabajador intenta ir operando relaciones con todos los involucrados en el proceso de atención, aún frente a los condicionamientos de la organización hospitalaria, y sin dejar de lado su propia identidad profesional.(Merhy, 2006)

De esta forma resulta interesante indagar acerca de la manera en que los trabajadores desarrollan su trabajo, particularmente los TS en tanto parte constitutivas del equipo de salud. Conocer qué lugar ocupa la dimensión cuidadora en tanto dimensión relacional en su práctica hospitalaria y cómo se dimensiona el cuidado dentro del núcleo específico de su competencia dependiendo si el centro está puesto en el *cómo hacer* o en el *qué hacer y para qué hacer*.

## *1.1. Acerca del Hospital y el Servicio Social*

### **1.1.1 Descripción del Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía**

El HGARM se encuentra localizado en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires (en adelante CABA), en el barrio de Balvanera. Zona urbana caracterizada por una alta heterogeneidad poblacional.

Desde la zona oeste y sudoeste se puede acceder rápidamente por las autopistas 25 de Mayo y Perito Moreno, bajando en la salida de Boedo. Desde la zona sur puede accederse por la Avenida 9 de Julio y luego por Avenida Independencia y desde la zona norte se accede por Avenida del Libertador, Avenida Pueyrredón y calle Venezuela. En tren desde la zona oeste por Trenes de Buenos Aires (Ferrocarril Sarmiento) hasta estación Plaza Miserere (Plaza Once). En subte por línea "A" hasta estación Loria; por la línea "H" hasta la estación Venezuela y por la línea "E" hasta estación Urquiza. Las líneas de colectivos que llegan son 2, 5, 7, 23, 41, 56, 75, 84, 96, 98, 101, 103 y 115.

Su área programática ocupa un territorio geográfico de seiscientas manzanas delimitado por las calles Cerrito-Lima-Avenida Juan de Garay-Boedo-Bulnes y Avenida Córdoba, siendo un total de seiscientas manzanas que comprenden la Comuna 3 y parte de la Comuna 1 y 2 de la CABA que abarcan distintos barrios en forma parcial (Almagro, Boedo, San Cristóbal, San Nicolás, Montserrat y Constitución) y uno en forma total Balvanera.

Territorio por el que transitan una gran cantidad de personas diariamente dada su localización y cercanía a diversos medios de transporte, caracterizado por una alta movilidad social a causa de la gran inestabilidad en el acceso y sostenimiento de la vivienda; cuenta además con población migrante de diversos países limítrofes y no limítrofes que dan idea también de la diversidad cultural que caracteriza a la población que asiste al hospital y a sus centros de salud. Inmerso en un contexto urbano, presenta desde hace años un considerable aumento en la complejidad de las demandas que asiste.

El informe sobre la situación de salud (ASIS) <sup>c</sup>del hospital, realizado tomando la totalidad del territorio de la Comuna 3, dado que ésta que ocupa el área geográfica del hospital, arroja la siguiente información en cuanto al contexto sociodemográfico:

Se trata del territorio geográfico que presenta la mayor densidad poblacional de la CABA (32.299 habitantes por km cuadrado) y con la menor cantidad de espacios verdes. A nivel poblacional la Comuna 3 presenta un 54,3 % de mujeres, porcentaje mayor que el de varones y coincide con la distribución por sexo de la Ciudad. La población es predominantemente femenina, envejecida y de menor fecundidad (48 nv x mil). Conforman el 14,3% de inmigrantes de países limítrofes y no limítrofes.

Respecto a la pobreza el porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas (NBI) es mayor y oscila entre el 10 y 19,9% en relación a la CABA. La línea de pobreza alcanza el 12% y un porcentaje destacable de población en situación de calle transita por el territorio del área programática del hospital.

De acuerdo a los ingresos, 4 de cada 10 personas posee empleo, especialmente en el sector servicios (68%) y 6 de cada 10 se encuentra desocupado, inactivo o subocupado.

En relación al tipo de vivienda, los barrios que ocupan el área del hospital poseen el mayor porcentaje de hoteles-pensión. Hay un 12,5% de viviendas deficitarias y su población vive en condiciones de hacinamiento (56,2%) y de hacinamiento crítico (12,8%).

La jefatura de hogar mayormente es femenina y con un alto porcentaje de mujeres solas a cargo (53%) . Respecto a la población adulta mayor el 49% corresponde a hogares unipersonales y el 30% vive en hoteles-pensión.

El tipo de cobertura muestra que el 25,9% se atiende sólo en el sistema público superando el promedio general de la CABA. La Vigilancia Epidemiológica da cuenta del aumento de casos de tuberculosis, especialmente en población de escuelas medias. Hecho que acentúa la necesidad de focalizar acciones en este grupo etario.

Respecto a la organización administrativa del hospital, ésta responde a una lógica taylorista (separación y jerarquización) dividida en departamentos, divisiones, unidades y secciones. Esto estructura una forma de trabajo que favorece la parcelación. Los procesos de trabajo se encuentran atravesados por lógicas organizacionales de un modelo de atención donde

---

<sup>c</sup> Análisis de Situación de Salud (ASIS). Comuna 3, Región Sanitaria I (Este), CABA (2011). Hospital J. M. Ramos Mejía, Departamento Área Programática.

las prácticas cuidadoras quedan relegadas o invisibilizadas dentro de los territorios específicos de acción es decir, dentro de cada uno de los servicios de atención. Los nexos entre los servicios, en general, aparecen como derivaciones o interconsultas.

Se trata de un Hospital General de Agudos que abarca la atención de distintas especialidades médicas. De su organigrama se desprende la Dirección y Subdirección Médica, Gerencia Administrativa, Gerencia de Enfermería. De la Subdirección médica a su vez, dependen los Departamentos de Medicina, Cirugía, Materno-Infantil, Técnico y de Urgencia; de cada uno de éstos departamentos los distintos servicios que, por especialidad, se conforman dentro de la organización como divisiones, servicios, unidades y secciones.

### **1.1.2 Descripción de la División Servicio Social del Hospital**

La División Servicio Social atiende las situaciones de índole social que inciden en el proceso de salud enfermedad atención cuidado que presentan las personas, grupos y colectivos sociales desde un concepto de Salud Integral y con una mirada centrada en la promoción de los Derechos ligados a la Salud y la construcción de ciudadanía.

Desde la estructura organizativa depende del Departamento Técnico que está a cargo de un profesional médico. El Servicio Social se encuentra integrado actualmente por un número total de 16 profesionales de Trabajo Social de planta permanente. Posee una Jefatura de División y dos Jefaturas de Sección, una tiene a su cargo el trabajo en las Unidades de Internación y otra el trabajo en la consulta ambulatoria en los Consultorios Externos de los distintos servicios hospitalarios.

Los profesionales cuentan con diferente carga horaria laboral que va de 30 a 40 horas semanales, incluyendo las horas destinadas a la capacitación. Son cuatro profesionales de 40 horas incluidas las tres jefas y doce profesionales de 30 horas. Están asignados a tareas conforme a la organización de los procesos de trabajo dentro del Servicio Social y en virtud de la organización hospitalaria.

A partir del análisis del registro total de prestaciones efectuadas por el Servicio Social y que fuera elevado como registro de Prestaciones de Prestaciones Diarias de Servicio social <sup>d</sup> a pacientes efectuada durante los años 2012 y 2013, se obtiene el dato correspondiente a la

---

<sup>d</sup>Planilla correspondiente al Registro de Prestaciones de Servicio Social a pacientes. Ministerio de Salud del GCBA. Utilizada para el registro estadístico de las prestaciones realizadas por los profesionales del Servicio Social de los Hospitales Públicos de la Caba. Se eleva mensualmente a las oficinas de Estadística de cada Hospital.

cantidad de entrevistas llevadas a cabo por los profesionales durante esos años. Siendo un total de 9004 prestaciones (entrevistas) durante el año 2012, de las cuales 4895 corresponden a entrevistas de primera vez y 4109 a entrevistas ulteriores. Mientras que en el año 2013 fueron 9668 entrevistas, de las cuales 5100 fueron de primera vez y 4568 ulteriores. Notándose un incremento de 656 entrevistas más en el año 2013.(agregar dato 2014)

Así la entrevista social se convierte por un lado no sólo en una de las herramientas utilizada por los profesionales para llevar a cabo su proceso de actuación sino que, a su vez, es el instrumento a partir del cual la organización hospitalaria se vale para realizar la medición de las prestaciones efectuadas por los profesionales del Servicio Social.

La organización y distribución de las tareas dentro del Servicio se realiza en función de los ámbitos de atención en Internación y en Consultorios Externos. En el ámbito de la Internación existen dos grupos de trabajo a los que se denomina equipos que atienden diferentes áreas: un área materno-infantil (incluye los Servicios de Obstetricia, Maternidad, Neonatología y Pediatría) al que están asignadas tres profesionales; y un equipo de interconsulta (que incluye los tres Servicios de Clínica médica y demás salas de internación de especialidades como Neurología, Dermatología, Cardiología, Neumotisiología, Cirugía, Hematología, etc) al que están asignados trece profesionales.

En el ámbito del Consultorio Externo las tareas se distribuyen de acuerdo a la atención en la demanda espontánea de usuarios/as al Servicio y a la atención bajo Programas o Consultorios específicos por problemática de salud (Infecciones de Transmisión Sexual, Inmunocomprometidos, Tuberculosis, Pediatría e Inmunopediatría, Geriatria, Obstetricia, Donantes de Sangre y Cuidados Paliativos), estableciéndose también equipos de profesionales que atienden dichas problemáticas.

En general se asiste a población residente del área programática del hospital y población oriunda del área metropolitana, especialmente de la zona sur y oeste de la Provincia de Buenos Aires. Esta llega al hospital debido a la cercanía y acceso a medios de transporte que facilitan su acceso a la ciudad y particularmente a la zona geográfica lindante al mismo.

En los últimos años se observa un aumento en la cantidad de demandas como así también su diversidad al aparecer situaciones de mayor complejidad en cuanto a conflictividad y magnitud (violencia de diferentes tipos, malos tratos, requerimientos habitacionales, alimentarios, medicamentos, etc) y situaciones ligadas a la salud mental, las adicciones y el consumo

problemático de sustancias. La discapacidad y el aumento de población adulta mayor son también situaciones que presentan diariamente los usuarios/as del Servicio.

### **1.1.3 La práctica de los Trabajadores Sociales en el Hospital**

En el Servicio Social, la práctica de los profesionales se encuentra atravesada por distintas tensiones, las cuales se expresan en el espacio de actuación. Estas son: la tensión existente propia de las relaciones que establecen los TS con los distintos actores sean usuarios y demás trabajadores; la tensión propia del campo profesional disciplinar puesta en el campo de la acción con la consiguiente carga entre el modo de pensar la salud y el modo de operar la producción de salud; y la tensión que, como colectivo de trabajadores del Servicio Social, es producto de la lucha por mantener la autonomía más allá de los requerimientos impuestos por la organización hospitalaria. (Merhy, 2006)

Según Carballeda el escenario simbólico de las organizaciones, la mirada de los diferentes actores sociales, la historicidad de los problemas sociales desde lo económico, social y político, en tanto espacio atravesado por la complejidad que incluye lo marco y lo microsocio, se expresa a través de la práctica. De ahí que los espacios de las organizaciones también pueden ser entendidos como “[..] escenarios de intervención, en ellos se expresan una serie de tensiones que concuerdan con la idea de campo [..]” (Carballeda, 2013 p. 71).

El producto de estas tensiones se reflejan en la práctica de los TS de diferentes formas; una de ellas es la rutinización, concepto que es dado en el sentido de la repetitividad de las acciones; es decir de la existencia de una tendencia en los profesionales a realizar determinadas acciones frente a situaciones similares.

Así la rutinización aparece con frecuencia en las organizaciones hospitalarias. En el caso de los TS, un ejemplo clásico puede ser entre otros, la confección de Historias Sociales para remitir al Banco de Drogas Nacional de Drogas Oncológicas o para completar la gestión de una Ayuda Social, o “Ayuda médica” en el lenguaje coloquial hospitalario, por medicamentos, prótesis u otros elementos. Acciones que, si bien se enmarcan dentro del proceso de salud enfermedad atención cuidado y que son requeridas tanto por el usuario/a como por la organización hospitalaria a fin de producir cuidado en salud, en lo cotidiano y dentro de los procesos de trabajo, se convierten para los profesionales en trámites burocráticos, operando entonces una lógica centrada en el *cómo hacer* más que en el *qué hacer*.

Pero éxito técnico y logro práctico no son eventos intercambiables, se originan y se destinan a esferas relativamente distintas de la experiencia como ya se indicó. El éxito técnico refiere, sin duda, a un logro pero relacionado con un ‘cómo’ hacer. No hace parte de sus posibilidades definir los ‘qué hacer’ - por eso que es mucho más fácil definir la prevención de daños que la promoción de salud (Mesquita Ayres, 2002 p.10)

El sentido de la realización de estas acciones queda así velado detrás de las pautas establecidas por los procedimientos y es aquí cuando la dimensión cuidadora de la práctica profesional queda invisibilizada o atrapada dentro de los procesos de trabajo.

Sin embargo, la dimensión cuidadora en la práctica del TS va más allá y está relacionada especialmente a los vínculos interpersonales que se ponen en juego en los procesos de trabajo; de ahí la necesidad de ahondar en la “dimensión cuidadora”<sup>e</sup> en tanto “dimensión relacional” que se expresa en el cotidiano de los procesos de trabajo con los distintos actores: usuarios/as y las familias, profesionales, demás personas y organizaciones que intervienen en el proceso de salud atención cuidado.

En salud, la entrevista social llevada a cabo por los profesionales es parte inherente a su práctica y a su núcleo disciplinar. Se encuentra inmersa dentro de los procesos de trabajo. Constituye el espacio privilegiado en el que el TS toma contacto con el usuario/a y con la realidad sobre la que configura su accionar. Forma parte del instrumental que el TS posee para desarrollar su trabajo y como tal, va tendiendo puentes entre la relación profesional, el mundo social y la posibilidad de reflexividad.

En tanto dispositivo relacional constituye así una instancia mediadora capaz de conectar la intención y la concepción profesional con la operacionalización de la acción.

En este sentido surge el siguiente interrogante: ¿Cómo se manifiesta la dimensión cuidadora en las prácticas en general de los Trabajadores Sociales que se desempeñan en el Servicio Social del Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía y en particular en la entrevista, en tanto dispositivo privilegiado que permite la operacionalización de la práctica profesional?

Se estima que la dimensión cuidadora en la práctica de los Trabajadores Sociales que se desempeñan en el Servicio Social del Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía se manifiesta en la cotidianeidad de los procesos de trabajo. Existiendo diferencias en relación a

---

<sup>e</sup> Comillas de la autora

como se manifiesta en las entrevistas llevadas a cabo por los Trabajadores Sociales con los usuarios/as del servicio de acuerdo al ámbito de la actuación profesional es decir, si es en el ámbito de la atención ambulatoria en el Consultorio externo y Programas o en el ámbito de la atención durante la Internación.

La actuación profesional está atravesada por las lógicas propias de una organización hospitalaria, donde el centro está puesto más en la lógica de los procedimientos que en una lógica centrada en el usuario de los servicios de salud del hospital.

## *1.2 Objetivos de la investigación*

A partir del interrogante formulado y la hipótesis desarrollada en los párrafos anteriores se construyen el objetivo general y los objetivos específicos que guían la investigación:

### **1.2.1 Objetivo General**

Analizar la dimensión cuidadora en las prácticas de los Trabajadores Sociales que se desempeñan en el Servicio Social del Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

1.2.2.1 Indagar en el aspecto relacional del desarrollo de las entrevistas llevadas a cabo por los Trabajadores Sociales del Servicio Social del Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía.

1.2.2.2 Describir y analizar las prácticas en general llevadas a cabo por los profesionales del Servicio Social desde la propia perspectiva de los trabajadores.

1.2.2.3 Comprender como se expresa la dimensión cuidadora en las prácticas en general y en la entrevista en particular, en tanto dispositivo privilegiado de la práctica profesional.

## 2. JUSTIFICACIÓN

El análisis de las prácticas desde la perspectiva de considerar que en salud “[...] el objeto final no es la cura sino la producción de cuidado desde un modelo centrado en el usuario[.]” (Merhy, 2006, p.81) permite no sólo reflexionar acerca de la producción de cuidado sino también considerarla como un indicador necesario a la hora de analizar también las situaciones institucionales. Por otra parte, al ser el trabajo en salud un trabajo en servicio<sup>f</sup> la relación que se establece entre el trabajador y usuario/a resulta fundamental a la hora de pensar en la dimensión cuidadora en las prácticas profesionales. (Merhy, 2006)

En el caso del Trabajo Social, en la situación de trabajo se establece una relación intersubjetiva<sup>g</sup> entre el TS, sujeto con sus valores, representaciones e identidad profesional y usuario/a, sujeto de intervención, sea persona, familia o grupo; ser autónomo, sujeto dotado también de valores propios que son intrínsecos a su manera de ver y de estar en el mundo.

El presente trabajo de investigación basa su estudio en el caso del análisis de la dimensión cuidadora en la práctica de los TS del Servicio Social del HGARM dado que es el lugar donde desarrollo mi actividad profesional desde hace años y facilita entonces la aproximación directa a la realidad de estudio.

A la hora de definir la práctica profesional estimo oportuno utilizar el concepto de actuación profesional. La elección obedece sólo a los fines de la investigación y no propone establecer debates en relación a los términos intervención o actuación profesional utilizada por los diferentes autores del campo disciplinar. Desde la presente, considero que la noción de actuación inscribe al Trabajo Social dentro de una compleja trama de relaciones sociales e institucionales, estableciendo un giro epistemológico, metodológico y político al interior de la profesión. (Velez Restrepo, 2003).

La decisión de abordar la entrevista como un analizador de la práctica profesional se basa no sólo en la experiencia recorrida durante más de veinte años de trabajo hospitalario. Por el contrario, al adentrarme en la búsqueda bibliográfica y la lectura de textos de orden disciplinar

---

<sup>f</sup> Hace mención a las diferencias entre los trabajos y los tipos de producción; considerando al trabajo en salud como un trabajo dentro del sector de servicios. (Merhy, 2006))

<sup>g</sup>En el encuentro entre el trabajador y el usuario, ambos tienen la capacidad de afectarse el uno al otro, y esto se da por las intensidades que circulan entre las relaciones que se establecen entre los dos cuerpos, entendiendo como cuerpos a los sujetos en acción, como trabajador y usuario, o trabajador y trabajador, pero también de ellos con las normas, saberes, instrumentos que configuran en el escenario del cuidado en salud (Franco & Merhy, 2011)

observo que la entrevista resulta ser sumamente valorada por los distintos autores en el proceso de actuación profesional.

Al respecto Travi realiza un estudio acerca de la dimensión instrumental en Trabajo Social analizando la entrevista desde la mirada de autores clásicos del Trabajo Social (Travi, 2006). Por su parte Kisnerman introduce el concepto de entrevista considerándola como

[..] un medio de trabajo que permite establecer una relación profesional, un vínculo intersubjetivo e interpersonal entre dos o más personas, estableciendo diferencias en su uso, manera e intencionalidad [..] (Kisnerman en Baptista Lewgay & Carvalho, 2007p 236)

Cáceres y Oblitas se refieren a la entrevista como una interacción y dan cuenta de las distintas cuestiones que la atraviesan y que facilitan confluya en un vínculo que permita la actuación profesional (Cáceres et al., 2000). Mientras que Graciela Tonón, toma la visión de María de los Ángeles Aguilera quien realiza un análisis crítico de la entrevista a partir de tres dimensiones que considera inseparables: la dimensión teórico-epistemológica, la dimensión metodológico-operativa y la dimensión ético-política.(Tonon, 2005)

La entrevista entonces, como parte intrínseca del proceso de actuación social en salud, adquiere mayor relevancia a la hora de abordar el estudio de la dimensión cuidadora en la práctica de los TS, dado que no sólo se reconoce desde el núcleo disciplinar como una de las técnicas de actuación de propias del TS sino que, además se reconoce como una herramienta analizadora de la dimensión cuidadora de la práctica. Desde el punto de vista contextual, se enmarca en una organización de salud, en un Servicio Social que tiene determinadas misiones y funciones en cuanto a la atención de situaciones relacionadas con el proceso de salud enfermedad atención cuidado.

Se pueden reconocer en ella los siguientes atributos:

- Se conforma como parte del proceso de trabajo en salud y es aplicada en el terreno de las tecnologías blandas; es decir, aquellas tecnologías basadas en las relaciones interpersonales.<sup>h</sup>

---

<sup>h</sup>El término tecnología se interpreta desde la mirada de Merhy quien considera la existencia de tres tipo de tecnología en los procesos de trabajo en Salud: las duras; blandas-duras y blandas. Más allá de equipamientos y máquinas las tecnologías comprenden ciertos saberes que son constituidos para la producción de productos singulares, y hasta para organizar acciones humanas en los procesos productivos, inclusive en su dimensión subjetiva. (Merhy, 2006 p.33-8)

- Forma parte del bagaje de herramientas que el TS tiene para realizar su trabajo y le permite adentrarse en el universo del mundo de los sentidos del otro desde el reconocimiento y la aceptación de las diversidades subjetivas.
- Constituye un espacio de escucha que facilita la expresión de la persona y permite el abordaje desde su singularidad.
- Promueve la actuación desde un espacio intercesor<sup>i</sup>, intersubjetivo, en el cual se producen determinados actos que ponen de manifiesto la dimensión cuidadora en la práctica profesional.

---

<sup>i</sup> El término intercesor es usado por Merhy en un sentido semejante al de Deleuze y Guattari e implica no una suma de partes sino un inter y también interventor. Así utiliza el término para designar “[..] lo que se produce en las relaciones entre sujetos, en el espacio de sus intersecciones [..]”y “[..] no tiene existencia sin el momento de la relación, en la cual los inter se colocan como instituyentes en la búsqueda de nuevos procesos [..]” (Merhy, 2006 p.37)

### **3. REVISION DEL ESTADO DEL ARTE**

A partir de la búsqueda de información por palabras claves: entrevista, servicio social, cuidado, prácticas profesionales y hospital en bases de datos como Scielo, Lilacs, PubMed, Realyc se encuentran 2.780 artículos relacionados con la temática de la investigación.

Efectuándose el filtro por las publicaciones de los últimos cinco años se obtuvo el resultado de 54 artículos en portugués, español e inglés, de los cuales 43 artículos guardaban relación con las prácticas profesionales y cuidado en salud observándose que, en general, dan cuenta de prácticas en enfermería, en salud mental y en el marco de los equipos interdisciplinarios. Unos pocos son en relación a prácticas cuidadoras en el trabajo del fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista y trabajador social.

Considerando la práctica del Trabajo Social se seleccionaron los trabajos que se encontraban relacionados con las prácticas profesionales en salud en el ámbito hospitalario. La mayoría hacía referencia a situaciones particulares en relación al rol del Trabajo Social en cuidados paliativos, oncología, salud mental y en el trabajo con adultos mayores. Dos artículos relacionaban el cuidado y la práctica profesional con la entrevista y la construcción de autonomía.

En general los artículos encontrados abordaron las prácticas en salud buscando conocer y comprender, desde los saberes específicos, la perspectiva del cuidado integral en salud. Algunos de ellos recuperaron también la importancia de los sujetos en la construcción del cuidado en salud y los distintos dispositivos que, desde las organizaciones de salud, se busca poner en práctica para la producción de actos cuidadores.

Se eligieron aquellos artículos que guardaban alguna relación con el presente trabajo de investigación ya sea por su contribución en el análisis de las prácticas cuidadoras en salud como así también por el aporte que brindaron, desde el punto de vista metodológico en su abordaje.

Una vez finalizada la búsqueda se organizó el material de consulta seleccionándolo en función de dos grupos de acuerdo al tipo de información que suministraban: -artículos de revisión bibliográfica respecto del cuidado /prácticas y - artículos que se basaron en la presentación de trabajos empíricos sobre la práctica de cuidado, los que también fueron clasificados en subgrupos de acuerdo al núcleo disciplinar predominante. La mayoría de los artículos respondían a la relación entre cuidado y enfermería; otro grupo relacionaba el cuidado con la práctica en salud mental y otro menor relacionaba cuidado con la práctica en equipos de salud; siendo escasos los artículos que relacionaban cuidado con prácticas en Trabajo Social.

Los artículos de revisión bibliográfica sobre el tema del cuidado en salud analizaban la práctica profesional a partir de la búsqueda de conceptos teóricos sobre cuestiones de cuidado haciendo hincapié en los procesos interpersonales y los procesos de trabajo. Es el caso de un estudio que refirió que los procesos interpersonales que se daban dentro de los procesos de trabajo con personas y familias influyeron en los resultados de cuidado, estableciendo la necesidad de generar indicios científicos que contribuyesen a considerar la enfermería como una ciencia y un arte del cuidar. (Venturi et al., 2009)

Los modelos de cuidado existentes en salud también fueron analizados en los trabajos. Ante la búsqueda de identificadores de cuidado en la práctica de enfermería uno de los trabajos concluyó que el cuidado, en su totalidad, resulta difícil cuando se limita solo a la utilización de técnicas destinadas a los cuidados biológicos y curativos a través de los procedimientos de enfermería. Así muchas veces el enfermero, inserto en un modelo biomédico, pasa por alto el arte del cuidado para el que fue formado. (Morais et al., 2010)

La revisión bibliográfica que se encontró sobre la producción de cuidado en el profesional nutricionista dio cuenta además de los determinantes de la práctica profesional en el contexto del Sistema Único de Salud en Brasil. (Pereira & Bruno, 2007)

Respecto a la relación entre cuidado y las Políticas Públicas el Departamento de Servicio Social de la Universidad de Brasilia realizó un estudio sobre la Política de Cuidado y los procesos de trabajo en Salud. Efectuó el análisis desde tres ejes: conocer para cuidar mejor, cuidar para confrontar y cuidar para emancipar. (Gomes & Pires, 2005)

Se trató de una reflexión teórico-filosófica que profundizó las ambivalencias existentes en la producción de cuidado al considerarla tanto desde la dimensión solidaria como desde la dimensión política. Buscó así aplicar conceptos de la política de cuidado en el ámbito de los procesos de trabajo con los profesionales de la Salud, señalando las potencialidades emancipatorias. Argumentó acerca de la tensa relación entre ayuda y poder en los procesos a los que llama de gestión de los actos de cuidar, contextualizando también la forma desigual de organizar y producir cuidado, discute además acerca de los cambios a nivel de las modelos de atención. (Gomes & Pires, 2005)

Implica una postura que significa desarrollar una epistemología dialéctica del cuidado que contemple toda la ambigüedad y complejidad del sujeto, planteando una gestión de ayuda desde un poder para emancipar a los sujetos, un conocer para cuidar mejor y un cuidar para confrontar y

para emancipar, ayudando a que los sujetos se conozcan mejor. Así la acción cuidadora puede fortalecer la autonomía y romper con las asimetrías progresivas del poder, de ahí la importancia del trabajo a nivel local y de realizar los cambios o mudanzas que se crean necesarias. (Gomes& Pires, 2005)

Es interesante lo vertido en este trabajo porque, además de asumir la política de cuidado como una referencia analítica desarrolla también una serie de indicadores emancipatorios del conocer para cuidar mejor, del cuidar para confrontar y del cuidar para emancipar que pueden ayudar a la hora de reflexionar en las prácticas de salud a nivel organizacional y local.

Por otra parte, se observó que los artículos basados en la presentación de trabajos empíricos sobre la práctica de cuidado lo hicieron en función del análisis desde alguna disciplina en particular o desde la mirada de los equipos de salud. De tal forma se encontraron tres grandes grupos: aquellos trabajos que estaban dirigidos a la práctica en enfermería, que constituyeron la mayoría, y aquellos que, siguiéndole en orden, estaban orientados al estudio de las prácticas en salud mental, las prácticas cuidadoras del equipo de salud en general y los que relacionan cuidado con Trabajo Social.

En general relacionaban el cuidado con el proceso de humanización en Salud y los conceptos de integralidad y acogimiento. Ponían su foco en el análisis de la percepción de los profesionales acerca del cuidado y su propia práctica. Buscaban comprender la práctica del cuidado develando también las contradicciones entre el saber y el hacer, señalando, en algunos casos, en qué medida la rutinización de las tareas se interpone en la lógica de la producción del cuidado.

### *3.1 Las prácticas del cuidado en enfermería*

En general, dentro del grupo que se abocó a la investigación de las prácticas cuidadoras en los profesionales de la enfermería, los artículos seleccionados relacionaban el cuidado con el proceso de humanización.

En relación a los procesos de humanización y las prácticas cuidadoras respecto a la percepción de los profesionales de enfermería surgió que existen elementos que caracterizan y definen a la humanización y que operan como facilitadores u obstaculizadores durante su proceso. Señalándose la empatía, el respeto y la valorización como elementos fundamentales que el profesional de enfermería cree que deben existir a la hora de efectuar prácticas de cuidado

basadas en la ética, en el diálogo y en la autonomía del paciente, su familia y el propio equipo de salud. (Costa, Figueredo & Schaurich, 2009)

Los procesos de trabajo, que acontecen dentro de diversas tramas de relaciones en las organizaciones de salud, dieron cuenta de las distintas maneras de hacer y de las contradicciones existentes en las prácticas. Pudo observarse en la lectura de un estudio que el cuidado está instalado en una serie de relaciones vinculares complejas donde sigue una lógica de producción parcelada y rutinizada. Así las contradicciones, que se ponían en práctica entre el saber y el hacer, atravesaban la producción de cuidado poniéndose de manifiesto que las limitaciones profesionales e institucionales constituyen un desafío para el profesional, en este caso de enfermería, en la constante construcción y deconstrucción de las prácticas, de los saberes y las relaciones. (Pinho, 2008)

En este sentido, señalaron que las tareas rutinarias se constituían como una de las características de la práctica en enfermería mostrando que existen lo que llaman las fragilidades en el cuidado del paciente, siendo necesario reflexionar sobre la introducción de cambios en las prácticas de la enfermería en el ámbito hospitalario (Christoforo & Carvalho, 2013). Esto fue señalado también por otros trabajos que, basándose en la observación participante, señalaron que las actividades rutinarias de la tarea cotidiana del enfermero eran una característica de sus procesos de trabajo. (Danski et al., 2011)

En el intento por comprender la práctica de cuidado desarrollada por la enfermería estaban quienes, desde una postura metodológica-filosófica basada en la hermenéutica-dialéctica, señalaron que el cuidado no es directamente referido como práctica para los enfermeros, a pesar que la mayoría desde el relato manifiesta realizar el cuidado en su rutina cotidiana. De esta forma, el cuidado, a pesar de no ser identificado directamente como una práctica en salud para los enfermeros, sí se manifestaba y hacía evidente en la cotidianeidad de los procesos de trabajo. (Ferreira & Acioli, 2010)

Otros tuvieron en cuenta el marco de las relaciones interpersonales buscando comprender el significado del cuidado de la enfermería como producto de múltiples interacciones humanas. Pusieron el foco en las conexiones interpersonales intersubjetivas del cuidado en enfermería, estableciendo que éstas, marcan la diferencia en las distintas formas de efectuar las prácticas cuidadoras dado que la interconectividad posibilita establecer vínculos de confianza entre el profesional y los sujetos. (Klock et al; 2007)

Desde la teoría referencial fenomenológica, están quienes intentaron comprender la percepción de la invisibilidad de la práctica de cuidar del enfermero en el hacer dentro del equipo de salud. A partir de la pregunta ¿cuál es la percepción del equipo de salud sobre la invisibilidad de la práctica de cuidar del enfermero en una unidad de terapia intensiva de un hospital? el resultado arrojó que, existen categorías convergentes aprehendidas entre los enfermeros que son: el sí mismo del enfermero articulado al ser profesional; el ser profesional del enfermero y la dimensión cuidadora de su práctica y el ser del enfermero en la convivencia colectiva con los demás profesionales de salud, la familia e institución. (Castanha, 2004)

Por su parte, los artículos que analizaban el trabajo de enfermería con los procesos de cuidado en salud mental buscaban identificar las prácticas de enfermería a partir del cambio de paradigma de un modelo asilar a un modelo centrado en el apoyo psicosocial. Señalaban la necesidad de incorporar los conceptos de acogida, atención integral y subjetividad, dado que la práctica de la enfermería está atravesada por cuestiones que van más allá de lo biológico y que incluyen lo familiar y lo social (Duarte & Olschowsky, 2010). Sin embargo, otros artículos que se refirieron también a las prácticas cuidadoras en enfermería y salud mental, dieron cuenta de algunas dificultades en el orden de la comunicación y las relaciones interpersonales a la hora de efectuar prácticas cuidadoras, especialmente cuando el cuidado pone su centro en la sintomatología. (Castro & Furegato, 2008)

### *3.2 Las prácticas de cuidado en Salud Mental*

La presencia de artículos que analizaban las prácticas en salud mental mostró la relación existente entre éstos y el estudio del cuidado en los procesos de atención de las personas que padecen problemáticas de salud mental. Al igual que en las prácticas en enfermería, en el área de la Salud Mental también se encontraron investigaciones que buscaban comprender las prácticas en Salud Mental identificando convergencias y divergencias entre lo que manifestaban los profesionales respecto del cuidado y lo observado de sus prácticas.

En el caso de las prácticas y saberes incluidos en los planteamientos terapéuticos grupales y su articulación con la producción de cuidado en Salud Mental, en uno de los trabajos establecieron que las prácticas terapéuticas grupales constituyen un tipo de abordaje importante para la rehabilitación de los sujetos y también para el equipo de salud del hospital. Utilizaron como dispositivos para la producción de cuidado el vínculo, la acogida, la co-responsabilización

y la autonomía. En general pusieron el énfasis en el sujeto de atención, así el equipo buscaba tratar de entender su complejidad y subjetividad incluyendo también en la producción de cuidado a las familias. (Benavides et al., 2010)

Al estudiar y analizar signos, significados y prácticas en Salud Mental un artículo identificó tres modelos de cuidado: un modelo biomédico; un modelo humanizado o psicosocial con énfasis en la Institución y un modelo psicosocial con énfasis en el territorio. Estos modelos repercuten, al igual que lo señalado en las prácticas de enfermería, en las prácticas de los profesionales de la Salud Mental revelándose conflictos entre los diferentes profesionales al compararse por ejemplo el modelo asilar con el modelo de la clínica a la que llaman de encuentro. Surgió como reflexión que, la experiencia de las relaciones interpersonales más dialógicas y la escucha del otro es lo que justifica el impacto clínico-social de esta clínica. (Nunes et al., 2008)

Como en los artículos que refirieron a los procesos de trabajo en enfermería, las nociones de acogimiento, la escucha del sujeto y su integralidad atravesaron gran parte de los trabajos de investigación señalados en Salud Mental. Algunos los consideraron como conceptos propios de una nueva manera de entender la praxis al asumir que incluyen una doble perspectiva: Desde la producción de cuidado, para los propios trabajadores de salud, quienes podrán identificar nuevos modos de hacer salud mental en la red básica donde se prioriza el modelo biomédico de atención y de la psiquiatrización del cuidado de la Salud mental; y a partir del análisis desde donde se intenta indagar acerca de otras formas de producción de cuidado en el campo de la atención psicosocial. (Silveira, Stiebler & Vieira 2009)

Respecto al análisis del cuidado y la práctica del profesional de la Psicología un estudio que buscaba discutir concepciones y prácticas en el campo de las Políticas Sociales, específicamente en el ámbito de la Salud y la Acción Social identificó, a partir de datos observacionales de la práctica de los psicólogos, la alusión a un ideal de producción de sujetos autónomos, productivos, saludables y conscientes de sus derechos que se contraponen, a la hora de la configuración de sus prácticas, a un modelo de prácticas normativas que expresan tentativas de ruptura de lo preestablecido (Macedo & Dimenstein, 2009). Aquí se puso de manifiesto la contradicción existente entre el saber y el hacer que también se señaló en los estudios sobre prácticas en enfermería.

### *3.3 Las prácticas de cuidado en los equipos de salud*

Así como los trabajos de enfermería incluyeron el proceso de humanización como eje central, a la hora de analizar las prácticas de cuidado desde la perspectiva de los equipos de salud, los estudios encontrados dieron cuenta del interés por el abordaje de la integralidad como un problema a ser considerado por los equipos. Un estudio de base sociológica comprensiva mostró que, si bien los profesionales entienden la integralidad como una visión holística aplicada al cuidado que permite ver la necesidad de incluir todas las miradas sobre el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, en la práctica, la visión continua de cuidado entre los diversos servicios de salud no fue mencionada ni observada en las prácticas de los profesionales. (Queiróz & Mattos Penna, 2009)

En este aspecto la disrupción en la cadena de actos cuidadores también fue percibida por las personas usuarias de los servicios de salud. Tal fue el caso del estudio que incorporó la mirada de las prácticas cuidadoras según el punto de vista de las personas consumidoras de crack en un hospital quienes, en el resultado de la investigación, abordaron la necesidad que en el proceso de recuperación exista una relación más humana con el profesional de la salud y el apoyo familiar entre otros. (Magalhães & Santos Da Silva, 2010)

La construcción de líneas de cuidado fue considerada por los equipos como una estrategia para la reorganización de los servicios de salud a fin de lograr superar los problemas y alcanzar la integralidad. En uno de los trabajos, a partir del trazado de líneas de cuidado en un equipo de salud, emergieron cuatro categorías a las que llamaron las líneas de cuidado (buscando nuevos caminos para nuevas formas de organización de los servicios de salud); uniones y conexiones (el ser y el hacer de los procesos de trabajo); el desafío de la propuesta (de la nueva línea de cuidado establecida, teniendo en cuenta saberes y prácticas); y el cuidado a lo largo del tiempo (al que consideran como un atributo en sí). Concluyendo que, a pesar de la nueva línea de cuidado establecida y la reflexión sobre la práctica, la propuesta todavía estaba en proceso de consolidación (Marinho, et al 2011). Se observó entonces la preocupación, por parte de los equipos de salud, respecto a cómo pensar en líneas de cuidado que continúen a lo largo del tiempo.

Por otra parte, la relación entre algunas categorías conceptuales como sujeto y cuidado aparecieron en los estudios realizados por los equipos señalando el desafío que representa un modelo de atención que privilegie al sujeto y su complejidad en detrimento de acciones

reduccionistas y fragmentadas. Proponen el análisis de las prácticas apuntando a la posibilidad de transformar las rutinas de trabajo en los servicios.

### *3.4 Las prácticas de cuidado y el Trabajo Social*

Fueron escasos los artículos encontrados, en los buscadores utilizados, que incluyesen la práctica del Trabajador Social en Salud y su relación con la producción de cuidado. Se limitaron algunos de ellos al análisis de la satisfacción de los usuarios, a conocer su opinión respecto del proceso de atención y a la manera de expresar su malestar. Otros refirieron a la descripción de los fundamentos del Trabajo Social y la metodología que utiliza el TS al desarrollar su práctica profesional en salud.

Hicieron mención especial a la discusión que es necesario dar en la actuación de los profesionales del Trabajo Social en el ámbito de la práctica en salud. Debate que señalaron, debe darse ampliamente en el campo de la información, la actuación y la investigación de los profesionales del Trabajo Social puesto que, los procesos de trabajo en salud, muchas veces, están pautados por modelos centrados en la dolencia y no en la defensa de la Salud y de lo Social. (Wiese, 2011)

Al señalar algunos de los fundamentos del Trabajo Social en el ámbito de la actuación en el hospital, uno de los trabajos identificó el contexto y las necesidades sociales que incidían en el proceso salud enfermedad atención cuidado. Describió los rasgos generales desde donde el TS intenta desarrollar su tarea: la persona/paciente con un necesidad singular; la persona/paciente con derechos que han de ser ejercitados y restituidos, desde la potencialidad de los sujetos individuales y colectivos; y cómo actúan sobre sus circunstancias, valorizando así la autonomía que desde el Trabajo social se busca en las personas. Establecieron que, el TS, participaba en la corresponsabilidad institucional y la asignación de recursos generando esto un espacio de intereses encontrados entre obligaciones y derechos. Esto generaba tensión en los profesionales y a su vez, es parte de la base de tensión existente en las propias organizaciones que se expresaba en el espacio de actuación de los sujetos. (Fotheringham, Jaroslavsky & Mignone, 2011)

En los trabajos la formación disciplinar fue valorada y estuvo orientada a la capacidad de abordar la complejidad y las situaciones disruptivas. Le otorgó además, un entramado para actuar en situaciones críticas donde lo social, aunque no es lo único, actúa como trama elemental clave.

Respecto de la dimensión cuidadora del trabajo profesional ésta pudo inferirse en los rasgos generales de los trabajos donde los profesionales describieron sus acciones pero no desarrollaron rasgos identificadores de la misma.

Un ejemplo es el estudio sobre el impacto de la intervención del Trabajador Social en un Programa de atención en Tuberculosis y los factores que afectan al paciente con Tuberculosis. Basó la experiencia en la conformación de dos grupos, uno de control que recibió el tratamiento convencional y otro experimental al que se le aplicó un estímulo basado en técnicas y procedimientos propios del Trabajo Social. Concluyó el trabajo que había una diferencia significativa entre los dos grupos en cuanto a la reducción de actitudes negativas frente a la enfermedad y un incremento de actitudes positivas manifestadas en compromiso y adherencia al tratamiento disminuyendo así la tasa de abandono. (Torres et al., 1992)

Si bien el estudio dio cuenta de un resultado favorable a partir del accionar del Trabajador Social y el uso de sus herramientas metodológicas, no muestra o visibiliza la dimensión cuidadora en la práctica profesional. Al relacionar este estudio con alguno de los trabajos de enfermería donde, señalaban la necesidad de redimensionar la práctica más allá de los instrumentos de trabajo, evitando la rutinización de las tareas, resulta interesante pensar de qué manera algunas veces también, los TS al analizar nuestra práctica no vemos más allá de las rutinas e implementación del instrumental de las técnicas.

Distinto fue el caso de una experiencia en Salud Mental de la implementación de un taller de escritura y la intervención del TS en el área de un hospital de agudos. Allí la reflexión resaltó la importancia en la formación de la escucha en la atención y en la necesidad de dejar el egocentrismo por parte de los profesionales como parte de la reflexión que implica una mirada hacia el interior de las prácticas profesionales (Kazi & Ajerez, 2008). Aquí la mirada abierta del profesional permitió la introspección como primer elemento para el análisis de su práctica.

La idea de autonomía recorrió algunos de los trabajos y se refirieron principalmente a la idea del respeto a la autonomía de las personas y la importancia que el TS les demuestre su apoyo. Los TS necesitan así adoptar determinadas actitudes a la hora de su quehacer profesional, como la sensibilidad ante la vulnerabilidad de las personas y las acciones necesarias para estimular y levantar fuerzas. Si bien estas afirmaciones pudieron parecer formulaciones idílicas acordaron los trabajos consultados que, éstas se constituyen en fundamentaciones éticas que guían la práctica profesional especialmente en el ámbito de la Salud.

Pensar cómo se manifiesta la dimensión cuidadora en la práctica profesional comienza a ser un interrogante interesante para los TS que nos desempeñamos en Salud, especialmente si consideramos la idea de redefinir nuestras prácticas en las organizaciones del sector desde la mirada de la producción del cuidado y centrada en el sujeto.

### *3.5 La entrevista y la práctica profesional del Trabajador Social*

Al realizar la búsqueda bibliográfica e indagar acerca de la entrevista en general en los buscadores se encontraron trabajos principalmente relacionados a la entrevista motivacional, a la que la consideraron una estrategia importante para los profesionales que se desarrollan en el ámbito de la salud. La entrevista como encuentro de subjetividades también apareció con frecuencia en los trabajos y hace referencia a que la interacción que sucede entre las personas y el intercambio que se produce en ese encuentro, va moldeando la subjetividad de cada uno. También se observaron estudios en relación al uso de la entrevista con fines relacionados a la investigación cualitativa.

En relación a la entrevista, como herramienta particular del TS, se encontró un artículo que realizaba un estudio en relación a la entrevista como proceso de trabajo del Trabajo Social e intenta su resignificación fundamentándola desde dos dimensiones: técnico-operativa, teórico-metodológica y ético-política.

Establecía que la entrevista “[..] es uno de los instrumentos del cotidiano profesional que está dialógicamente vinculado a los demás y que permite viabilizar la operacionalización de los procesos de trabajo en Trabajo Social [..]”(Baptista Lewgoy & Carvalho, 2007, p.234)<sup>j</sup>. Resaltaba que no pretendía proponer un modelo único ni rígido para el desarrollo de la entrevista en Trabajo Social puesto que, cada encuentro con el usuario es único y presenta sus particularidades.

Así Baptista Lewgoy & Carvalho remiten a la idea de instrumento al pensamiento de Leontiev quien refiere que, el trabajo está caracterizado por el uso de instrumentos y por actividades, también colectivas, que distinguen al hombre en su relación con los demás seres y con la naturaleza. El trabajo desde su origen, es un proceso mediatizado simultáneamente por el instrumento y por la sociedad. El instrumento no puede ser ligado sólo al fin del trabajo sino que también, es necesario considerarlo como un objeto social y como producto de una práctica social, es decir de la experiencia social del trabajo. (Baptista Lewgoy & Carvalho Silveira, 2007)

---

<sup>j</sup> Traducción libre del autor

A partir de la revisión bibliográfica que se realizó en el mencionado trabajo se observó que, algunos autores, coincidían en que la entrevista es una conversación como es el caso de Mary Richmond (1950) y Anette Garret (1988), o también que la entrevista es un medio para establecer una relación como es el caso de Ottoni Vieira. A diferencia, Kisnerman, se centralizaba en el vínculo intersubjetivo que se genera en la entrevista y establece la diferencia de acuerdo a la forma de ser utilizada y la intención de quien la práctica.

Las miradas aquí expuestas sobre el tema de la entrevista deben ser analizadas y comprendidas en virtud de los procesos y acontecimientos de cada momento histórico. Por lo tanto, al hablar de entrevista en Trabajo Social, es necesario contextualizar el momento y lugar donde se desarrollan las prácticas profesionales. (Baptista Lewgoy & Carvalho Silveira, 2007)

En relación a la entrevista y su vinculación con el cuidado surgió como reflexión que el entrevistador tiene que tener la habilidad de abrir caminos para que los individuos puedan a través del proceso de entrevista, revelar y reproducir su mundo cognitivo y emocional con la misma intensidad. Siendo importante que el TS muestre a la persona que sus sentimientos fueron entendidos a fin de poder lograr motivar cambios o mudanzas en relación a la situación que se trabaja; buscando romper con lo que estaba instituido e intentando mostrar otros caminos de abordaje.

Existen alternativas para el desarrollo de estas cuestiones a las que se llama técnicas dentro de otra; es decir que, dentro del proceso de la entrevista, el TS puede hacer uso de otras estrategias de abordaje de la situación mediante técnicas de confrontación como mostrar una situación contradictoria a la dada, de connotación positiva que consiste en focalizar las causas positivas del problema o la técnica de reflexión que ofrece a la persona posibilidades de examinar sus creencias y sus supuestos en función de los fundamentos que la sustentan, identificando situaciones, condiciones, hipótesis para finalmente reflexionar sobre la acción. (Baptista Lewgoy & Carvalho Silveira, 2007)

En relación al concepto de acogimiento, el cual ya apareciera en la lectura de artículos relacionados al cuidado en Enfermería y en Salud Mental, se lo consideró aquí como un proceso a construir desde el primer contacto con la persona y que, no necesariamente, tiene que darse sólo en ese momento.

Para Baptista Lewgoy & Carvalho S el término acogimiento está relacionarlo con el acto o efecto de acoger, es decir la recepción, atención, consideración, refugio, abrigo. Acoger

significa dar acogida, hospedar, recibir, atender. Concepto que señalan, surge a la luz del movimiento de Salud Colectiva, específicamente en Atención Primaria que data de la década de 1990 y que busca una estrategia de producir cambios o mudanzas en los procesos de trabajo en Salud aumentando la capacidad de escucha, rescatando la capacidad de acogimiento de los equipos de salud ampliando así sus posibilidades de intervención.(Baptista Lewgoy & Carvalho Silveira, 2007,)

Así el artículo estableció la relación entre la entrevista que realiza el TS y la mirada centrada en el sujeto y las relaciones establecidas por él. El valor que se da al espacio intercesor en el cual, se produce la relación de escucha y responsabilización al constituirse vínculos y compromisos. (Merhy, 2006)

Reflexiona acerca del vínculo que se genera entre el profesional y la persona apelando al compromiso del TS y la sensibilidad para la escucha. Señalando que el acogimiento no está relacionado necesariamente al trato dado sino, a la mirada integradora que el profesional da a la situación.

Al considerar que el acogimiento, la utilización del lenguaje y las palabras por parte del profesional son un factor importante a tener en cuenta en la práctica profesional, en el artículo aparecieron algunas recomendaciones al respecto. Como por ejemplo: evitar generalizaciones para denominar a las personas como “mamá”, “chicas” dado que esconden una máscara “pesudocariñosa”, como una forma tendiente a masificar en un proceso que tiene que ser necesariamente individualizado o particularizado. Por otra parte señalaron los autores que no son denominaciones propias de la relación profesional y se constituyen como presupuestos de procesos artificiales de acogimiento (Baptista Lewgoy & Carvalho Silveira, 2007)

Destacan que es importante que el principio de acogimiento parta de otro también necesario y es el principio de realidad. Es decir que, tiene que estar en sintonía con la situación que se trabaja y tener en cuenta que el TS no está ahí para ayudar. El estudio señaló que el vocablo ayuda excluye y no da sentido al trabajo. Sólo puede caber en los procesos de trabajos del voluntariado (Baptista Lewgoy & Carvalho Silveira, 2007)

Finalmente la entrevista ofrece la posibilidad de abrir espacios de conocimiento, crecimiento y libertad en la construcción al acceso de los derechos sociales. Está presente en los procesos de trabajo de los profesionales del Trabajo Social y guarda una estrecha relación con los

conceptos de acogimiento, humanización e integralidad presente también en los distintos artículos encontrados acerca de la producción de cuidado y las prácticas profesionales en Salud.

## **4. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA**

### *4.1 Acerca de Trabajo en Salud, Cuidado y Entrevista*

El campo de la salud es un campo polifacético dado los múltiples aspectos que lo contienen. De tal forma, las prácticas en salud no pueden pensarse en forma unívoca ni analizarse por fuera de los distintos atravesamientos que las conforman y que dan cuenta de los procesos vinculares, organizacionales y contextuales que las enmarcan.

Los avances tecnológicos no son por sí solos garantes de producir cambios a nivel de las estructuras de las organizaciones de salud y mucho menos de producir cuidado. Por el contrario, los cambios a nivel de la reestructuración productiva del sector están asociados a los territorios no materiales, siendo necesario poner el énfasis en “[...]el territorio de las tecnologías blandas y blandas-duras que se expresan en los procesos de trabajo [...]” (Merhy, 2006, p.23). Desde esta perspectiva la forma de pensar el cuidado integral en salud estará puesto a partir de una combinación de tecnologías y humanización que se dan desde la singularidad de cada sujeto y dentro de cualquier intervención hospitalaria. (Merhy, 2006)

El trabajo en salud constituye un tipo de trabajo que está incluido dentro de los trabajos pertenecientes al sector de los servicios. Esto permite diferenciarlo de aquellos trabajos donde el tipo de relación que se establece entre el consumidor y el producto del trabajo es sólo a través del producto ya terminado. En este caso la relación que se produce puede llamarse de tipo objetal. En cambio, en el proceso de trabajo en salud, el acto de producción y de consumo ocurren en el mismo tiempo, estableciéndose entonces una relación de tipo intercesora. Esta diferencia es significativa ya que el vínculo generado entre la persona y el trabajador, en el proceso de trabajo en salud, se produce precisamente en ese espacio intercesor dirigido hacia la producción de actos de cuidar y que se da sólo en esos encuentros. (Franco & Merhy, 2011)

De esta forma en el proceso de trabajo se ponen en juego el uso de materias primas<sup>k</sup> y herramientas que el trabajador pone en uso para hacer su trabajo. Sumado además el conocimiento previo que el trabajador tiene en relación a trabajos anteriores y que han quedado en él aprehendidos como experiencia.

Desde esta perspectiva en los procesos de trabajo existe una combinación de elementos que señalan la existencia de un trabajo previo llamado por Merhy “trabajo muerto” con el trabajo

---

<sup>k</sup>Merhy parte del concepto de materia prima como productos de trabajos humanos anteriores que, de acuerdo al momento en que se utilizan, se convierten en “trabajo vivo” o en “trabajomuerto”. (Merhy, 2001)

actual ”trabajo vivo en acto” donde se expresa realmente la posibilidad que el trabajador tiene de ejercer su grado de libertad en el acto concreto de su trabajo (Merhy, 2006).

Un desafío permanente para quienes trabajamos en las organizaciones hospitalarias es justamente no perder de vista el sentido de nuestro trabajo. Muchas veces debemos reconocer, corremos alocados sin sentido en un mundo de pasillos tras procedimientos vacíos de sujetos, pues no los vemos, e intentando coordinar acciones sin saber muy bien para qué. Quedando así atrapados en las redes organizacionales y alejados de la búsqueda integralidad en salud. De ahí la necesidad de poner luz, de visualizar los procesos de trabajo que permitan reconocer el trabajo vivo en acto que se manifiestan en los distintos modelos de atención.

Para ello es importante considerar la existencia de una tensión entre los núcleos de competencia profesional en la producción de los modelos de atención en salud. Los conceptos de Campo y Núcleo de saberes y responsabilidades que trae De Souza Campos al realizar una crítica al lugar de la Clínica y estableciendo sus distintas variaciones<sup>1</sup>, dando forma a lo que llama la “Clínica del sujeto” puede brindar luz a la hora de analizar las prácticas en Salud (De Souza Campos, 2001).

La reforma de la clínica moderna debe basarse sobre un descolocamiento del énfasis en la enfermedad para centrarlo sobre el Sujeto concreto, no un caso, un Sujeto portador de alguna enfermedad. De ahí el título: Clínica del Sujeto. (De Souza Campos, 2001 p.73)

Se trata entonces de considerar al Sujeto pero en sintonía con su singularidad, desde la idea de un Sujeto contextualizado.

[..] buscar una nueva dialéctica entre el Sujeto y la enfermedad. Ni la antidialéctica positivista de la medicina que se queda con la enfermedad [..]”, “[..] ni la revolución, en el otro extremo: la dolencia entre paréntesis, como si no existiera, cuando de verdad ella está ahí en el cuerpo [..] (De Souza Campos, 2001 p.74)

---

<sup>1</sup> Campos hace referencia a tres caras de la Clínica: una Clínica Oficial (la Clínica clínica), una Clínica a la que llama Clínica degradada o Ampliada (donde la degradación existente resulta de una mezcla de política de Salud inadecuada con un comportamiento alienado de los médicos, al atender de una manera reglada, independiente de la gravedad y de las necesidades de cada paciente; así la Clínica es atravesada por otras racionalidades, pierde fuerza o potencia y la oportunidad de resolver los problemas de salud) y una Clínica del Sujeto (cuyo objetivo incluye la dolencia, el contexto y al propio sujeto) (De Souza Campos, 2001)

Propone así colocar la enfermedad entre paréntesis pero, únicamente para permitir la entrada en escena del usuario/a, del sujeto enfermo en su contexto y desde allí construir la práctica.

Al igual que la idea de territorio brindada por Merhy al referirse al territorio del saber específico (la disciplina) ; el territorio del saber territorializado en su campo profesional (la práctica); y el territorio que marca la dimensión cuidadora sobre cualquier tipo de acción profesional (el cuidado). (Merhy, 2006)

En la práctica cotidiana, más precisamente en los procesos de trabajo en salud, estos tres territorios coexisten y se articulan. Es importante saber cómo se integran los mismos desde los distintos saberes y cómo la dimensión cuidadora de la práctica es reconocida hacia el interior de los núcleos duros de cada disciplina.

En el abordaje integral de la Salud, las distintas disciplinas en juego en los equipos de salud, van configurando el conjunto de los actos de cuidar dando formas diferentes, de acuerdo a las distintas miradas y saberes específicos.

En este sentido cobra interés el análisis que realiza Ayres (2002) en su reflexión acerca de los conceptos y prácticas en salud pública. A partir del análisis de la alegoría del vuelo de la paloma de Kant, reflexiona acerca de las diferencias entre el obrar de acuerdo al vector del éxito técnico y el obrar siguiendo el eje de la realización de los sujetos, en tanto buscan caminos que los conduzcan a lo que llama “[..]el buen vivir o la felicidad [..]” (Ayres, 2002 p.7-12). La salud no es solamente un objeto sino también desde esta condición, es “[..]un modo de ser en-en-el-mundo [..]”. Así establece que

[..] curar, tratar, controlar constituyen posturas limitadas. Todas estas prácticas suponen, en el fondo, una relación estática, individualizada e individualizante, objetivadora en fin, de los sujetos de nuestras intervenciones [..] (Ayres, 2002 p.13)

Propone pensar en el cuidar en el sentido de un tratar que sea pensando en la importancia de la interacción de los sujetos más allá de los dominios de la técnica; de ahí su relación con el vuelo de la paloma venciendo las resistencias. Para el autor cuidar es “[..]querer, hacer proyectos, es modelar la arcilla. *Querer es el atributo y el acto de ser [..]*” [cursivas del original] (Ayres, 2002 p.14)

Al llevar la idea del cuidado al terreno de las prácticas en salud plantea que el cuidar de la salud de una persona /sujeto es más que construirlo como un objeto de la actuación profesional e involucra un tiempo que trasciende los límites del cómo hacer. Implica dimensionar la intersubjetividad propia del momento asistencial dando lugar al intercambio y al proceso relacional.

Pero cómo dejar de lado el raciocinio intelectual para dar lugar a la sabiduría práctica es uno de los interrogantes que plantea el autor cuando estamos presos del racionalismo instrumental. La perspectiva de pensar en prácticas que den lugar al cuidado en tanto espacio de intersubjetividades, de construcción compartida, que se apoya en la técnica pero sin quedar reducida a ella es quizás la manera de comenzar a pensar cómo articular los territorios de la acción disciplinar, la práctica y el campo de la salud.

El siguiente análisis se realiza tomando como eje estos tres territorios y desde la mirada disciplinar del Trabajo Social.

#### *4.2 El Trabajo Social como campo y núcleo disciplinar*

Desde el campo del saber específico, el Trabajo Social constituye una disciplina que interviene en lo social y por ende se encuentra comprometida con la defensa de los valores de libertad y los Derechos Humanos configurando así su accionar en relación a ellos.

Durante el proceso de trabajo de esta investigación se produce un hecho importante e histórico para la Profesión: el Senado y la Cámara de Diputados de la Nación sancionan la Ley 27.072 que regula a nivel nacional el ejercicio de la Profesión de Trabajo Social.

La nueva Ley Federal de ejercicio profesional marca un cambio fundamental dado que señala el marco ético y político de la acción profesional.

ARTÍCULO 4°- Ejercicio profesional. Se considera ejercicio profesional de trabajo social la realización de tareas, actos, acciones o prácticas derivadas, relacionadas o encuadradas en una o varias de las incumbencias profesionales establecidas en esta ley, incluyendo el desempeño de cargos o funciones derivadas de nombramientos judiciales, de oficio o a propuesta de partes, entendiéndose como Trabajo Social a la profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar (Ley Federal de Ejercicio Profesional N° 27.072/2014)

El hecho que esta Ley haya sido sancionada el día 10 de Diciembre reconoce la lucha de muchos TS en pos de los Derechos Humanos y su valor desde lo colectivo. En el ámbito de la CABA coexiste con la Ley de Ejercicio Profesional, la N° 23.377/87 que regula el ejercicio profesional en el ámbito del territorio de la Ciudad de Buenos Aires.

ARTICULO. 2º- Considérese ejercicio profesional del Servicio Social o Trabajo Social a la actividad esencialmente educativa, de carácter promocional, preventivo y asistencial, destinada a la atención de situaciones de carencia, desorganización o desintegración social, que presentan personas, grupos y comunidades, así como la de aquellas situaciones cuyos involucrados requieran sólo asesoramiento o estimulación para lograr un uso más racional de sus recursos potenciales. La actividad profesional por sí o en el marco de servicios institucionales y programas integrados de desarrollo social, tiende al logro, en los aspectos que le competen, de una mejor calidad de vida de la población, contribuyendo a afianzar en ella un proceso socio-educativo.

Asimismo considérese ejercicio profesional del Servicio Social o Trabajo Social a las actividades de supervisión, asesoramiento, investigación, planificación y programación en materia de su específica competencia. (Ley De Ejercicio Profesional N° 23.377/87)

Desde su origen el Trabajo Social hace su aparición como una práctica social de intervención en lo asistencial, en cierta medida para [...] para dirimir el conflicto estructural del sistema capitalista a favor del mantenimiento de ese mismo orden social[...].” (Cazaniga, 2007 p.104).

De esta forma, y desde el punto de vista epistemológico, el Trabajo Social se inicia como técnica y reduce su práctica a la aplicación de conocimientos adquiridos desde otras disciplinas como la psicología y sociología. Desde el punto de vista político e ideológico va a participar junto a otras disciplinas de las estrategias de intervención social construidas para dar respuesta a las manifestaciones de la cuestión social.

Sin embargo, la trayectoria de la disciplina en todos estos años no ha sido lineal, pasaron diferentes épocas que marcaron nuevas búsquedas epistemológicas, teóricas, éticas y políticas para dimensionar a la profesión desde la articulación con la intervención y la investigación. Buscando encontrar sentidos y conocimientos que ayuden a comprender, decir y hacer desde la toma de una posición ética y política. (Cazzaniga, 2007 p. 104)

Respecto de la construcción de la identidad profesional, desde la mirada de Martinelli, la misma es pensada dialécticamente desde la relación con la división social del trabajo

[..] como una categoría política y socio-histórica que se construye en la trama de las relaciones sociales, en el espacio social más amplio de la lucha de clases y de las contradicciones que las engendra y son por ella engendradas [...] (Martinelli, 1997 p.9)

En este sentido la identidad profesional resulta ser una categoría dinámica que se construye permanentemente frente a las contradicciones imperantes en la realidad y por tanto debe ser comprendida históricamente (Martinelli, 1997)

Desde esta perspectiva, el Trabajo Social es entonces una disciplina que se ocupa de hechos sociales y sus circunstancias. Los hechos sociales se presentan dentro de una realidad dada que se expresa dentro del proceso de actuación profesional en una forma dinámica, flexible y cambiante.

Así a partir de la práctica profesional se hace visible el padecimiento como expresión de la desigualdad social en los espacios de lo microsocioal y el actuar en lo social se liga con el hacer ver al otro, a la institución, a la sociedad, la desigualdad y sus efectos (Carballeda, 2013).

Desde esta perspectiva, y de acuerdo con lo propuesto por Margarita Rozas, la intervención profesional es un proceso que se construye a partir de las manifestaciones de la cuestión social y dichas manifestaciones se expresan en la vida cotidiana de los sujetos generando tensiones que afectan sus condiciones de vida y constituyen obstáculos para la reproducción social.

En relación a lo expuesto, se puede afirmar que el accionar del TS no está solamente relacionado con la subsistencia material de los sujetos sino que, en su accionar, debe incorporar aquellas variables que están relacionadas con las marcas que dejan en los mismos la degradación de la condición humana, y la particularidad que adquieren en la trama microsocioal.

Dada su relación con lo microsocioal la práctica dialoga así con lo subjetivo y lo cotidiano en la actuación profesional coexistiendo con las contradicciones que son propias a los contextos donde se desarrolla; no obstante ello el quehacer cotidiano se construye como

[..] lugar posible de puesta en escena de éstas a modo de superar las contradicciones existentes junto con ese otro- en término de sujeto, usuario, que construye su propia realidad y sostiene además nuestra identidad como campo disciplinario [...] (Carballeda, 2013, p.10-1)

De esta forma la acción profesional se encuentra dentro de una red o trama conformada por discursos, disposiciones, reglamentaciones y por los diferentes elementos que la contienen y

en cada circunstancia particular. Los diferentes escenarios donde se desarrolla es lo primero que debemos observar al analizar las prácticas. Es allí donde, lo macrosocial se imprime en el terreno de lo micro y donde los sujetos se expresan en el espacio territorizado de la práctica.(Merhy, 2006)

Se elige el concepto de actuación profesional para denominar a los procesos de trabajo en salud dado que resulta necesario “[...]romper con esa lógica de constitución de la intervención profesional rutinaria y automatizada [...]”(Tonon, 2005, p.18). Es necesario colocarla dentro del conjunto de relaciones sociales que la componen, destacando la dimensión política de la acción profesional considerándola como “[...]parte de un entramado social donde estén presentes las trayectorias de los sujetos que posibilitan la acción [...]”. (Tonon, 2005, p.20)

No es menor el lugar que ocupan las organizaciones en la construcción del campo de la acción profesional. Al respecto Tonon tomando la idea de Vélez Restrepo señala

[...] el conjunto de problemas y necesidades socialmente reconocidos como espacios para el ejercicio profesional y que constituyen el mercado ocupacional son definidos y priorizados desde afuera [...] (Tonon, 2005, p 19-20)

Es necesario entonces tomar una mirada que sea dialogante e interactiva hacia el interior de los procesos de trabajo a fin de evitar que la práctica profesional quede subordinada a visiones externalistas de manipulación y control, “[...] reduciendo la acción a la utilización de técnicas o herramientas que cosifiquen a los sujetos de la acción [...]”(Tonon, 2005, p.20).

Para eso es importante tender caminos que dialoguen con ese otro pero desde su reconocimiento, es decir desde su culturalidad. Es labor del Trabajo Social establecer mediaciones que posibiliten el diálogo y la construcción de propuestas conceptuales y metodológicas que den cuenta de prácticas en salud, que incluyan la dimensión cuidadora como horizonte y puedan resistir los embates, en el sentido del vuelo de la paloma de la alegoría kantiana que realiza Ayres (2002).

La noción de actuación profesional remite a actuar, tomar la iniciativa, comenzar, poner algo en movimiento. La acción es entonces una construcción humana, un proceso donde los sujetos se constituyen en actores partícipes. La noción de actuación profesional está ligada así al conjunto de actos, prácticas y procesos inmersos en el ejercicio profesional. (Tonon, 2005).

Vélez Restrepo considera que el concepto de actuación desafía las posturas más tradicionales, las que estima, invisibiliza a los sujetos con los cuales se construye la práctica profesional. Para la autora la noción de actuación está dentro de “[...] la compleja trama de relaciones sociales e institucionales, planteando un giro epistemológico, metodológico y político importante en la profesión [...]”. (Vélez Restrepo, 2003 apud Tonon, 2005, p.22).

Epistemológico porque propone una práctica basada en el diálogo y en el valor de la subjetividad en la construcción de lo social; metodológico porque centra la atención en el otro, sujeto, estableciendo la relación profesional en el marco de un proceso de mediación que fortalece la capacidad de acción de los sujetos; y político dado que las contradicciones existentes en la realidad van enmarcando las condiciones en las que se desarrolla la práctica profesional y sus consecuentes repercusiones en el plano de la ética (Vélez Restrepo; 2003 apud Tonon, 2005, p.22).

### *4.3 El saber en el campo profesional de acción: la práctica profesional*

En el caso del Trabajo Social en Salud la práctica se conforma dentro de los procesos de trabajo donde existe un encuentro entre el TS como agente productor, con sus herramientas: conocimiento y tecnología; con el sujeto, agente consumidor usuario quien a su vez, es tanto objeto de la acción del TS como agente en acto. Pone en el proceso de trabajo sus intencionalidades, conocimientos y representaciones en las cuales expresa sus modos de sentir, de percibir y de expresar sus necesidades de salud (Merhy, 2006)

Aquí retomando la noción de actuación, la acción profesional se imbrica entonces en el terreno de lo relacional y lo subjetivo desde un concepto de sujeto que existe como “[...] conciencia de alteridad, ya que su individuación está dada por la resistencia que hace la presencia del otro a la universalización de su ser [...]” (Ayres, 2002 p. 4-5). En este sentido el autor toma el pensamiento de Ricoeur

[...] distinguir- conforme sugiere Ricoeur- la *identidad –idem* de la *identidad-ipse*, la primera entendida como “mismidad” permanencia inmutable e invariante, y la segunda como identidad reflexiva y construida continuamente en relación con la alteridad [...] (Ayres, 2002 p. 7).

La concepción del sujeto en la práctica profesional en salud se encuentra entonces ligada a tres elementos según Ayres: el aspecto relacional, el aspecto existencial y el aspecto pragmático.

[..] -Subjetividad no es mismidad, es ipseidad, es siempre relación, es intersubjetividad.- El sentido existencial de esa relación se configura como un encuentro deseante con la circunstancia- el acto de colocarse delante del Otro es proyectar con posibilidades para ambos y su mundo compartido.- Lo que mueve el encuentro deseante de los sujetos y su mundo no se traduce de modo restricto al éxito técnico, más se refiere a un logro, a una situación que se traduce por felicidad, lo que abarca también, y especialmente, dimensiones éticas y estéticas [..] (Ayres, 2002 p. 8)

A la hora de analizar la práctica profesional y buscando autores propios del campo disciplinar que establezcan puentes entre la técnica y la dimensión relacional de la práctica podemos señalar el análisis que realiza Travi (2006) respecto de lo que llama la dimensión técnico-instrumental en Trabajo Social, quien recupera la idea de autores clásicos de Trabajo Social considerando que, tanto el uso de las relaciones personales como la entrevista son instrumentos fundamentales en la actuación profesional. Establece que, en cuanto al uso de las relaciones personales, es importante considerar la diferencia entre las relaciones personales y las de tipo profesional. (Travi, 2006)

[..] éstas últimas incluyen un procedimiento mutuo de responsabilidades compartidas, reconocimiento del derecho de los otros, aceptación de las diferencias, teniendo como meta, no el aislamiento sino la socialización de las actitudes y comportamiento que estimulen el desarrollo a través de la acción recíproca [..], [..] las relaciones profesionales se distinguen por sus metas (orientadas hacia el bien de los demás), el grado de responsabilidad individual alcanzado por el trabajador y las técnicas que han de asimilarse y utilizarse conscientemente [..] (Travi, 2006, p.105-6).

Por su parte, Vélez Restrepo (2003) expresa que el conjunto de técnicas e instrumentos en Trabajo social operan como dispositivos metodológicos de la acción social. Su uso y aplicación estará de acuerdo a los contextos donde se apliquen. Se refiere a lo instrumental como

[..] aquel conjunto de operaciones específicas que el profesional realiza para lograr el cumplimiento de los objetivos propuestos; es lo más concreto del ejercicio profesional y da cuenta de cómo se realiza la acción social [..] (Velez Restrepo, 2003 p.2).

Más allá del lenguaje técnico utilizado por la autora, el instrumental va tendiendo puentes entre la relación profesional, el mundo social y la reflexividad como escenario donde se constituye la acción. Es decir que las técnicas, como instancias mediadoras, conectan la intención y la concepción con la operacionalización de la acción. (Tonon, 2005)

Desde esta lógica las técnicas operan como “[..] dispositivos de producción y regulación de las situaciones sociales que se provocan al interior de determinados marcos comunicacionales

e interaccionales[...].” (Tonon, 2005, p24). El problema se instala cuando se las coloca sólo a los fines de la toma de datos y a merced de objetivos meramente burocráticos; apelando a la neutralidad profesional y al poder incuestionable del instrumental. Así, el lugar en el que queda el sujeto en estos casos, es el de individuo anónimo<sup>m</sup>, equivalente a cualquier otro.(Tonon, 2005)

Para la autora la comunicación misma se concreta en la interacción, en la relación con el otro. Es al convertirse en objeto cognitivo de la acción social, donde el estatus profesional cede su lugar a la relación subjetiva entre los sujetos sociales y sus reflexividades (Tonon, 2005). Esta idea guarda relación con la concepción de alteridad referida por Ayres (2002) en la noción de sujeto.

#### *4.4 La entrevista en Trabajo Social*

En relación al concepto de entrevista podemos citar a Cáceres, Oblitas & Parra quienes definen la entrevista como una interacción a partir de una conversación que se establece entre dos o más personas. Tiene un propósito determinado y aceptado por ambos a quienes se denomina entrevistador (es quien dirige y conduce la entrevista), su formación le permite relacionarse con las personas y plantear una serie de acciones alrededor del motivo de la misma y entrevistado (persona que proporciona y/o demanda información, solicita ayuda o consejo). (Caceres, Oblitas & Parra, 2000)

Esta interacción y por ende las posibilidades de confluir en un vínculo que permita la acción, se encuentra atravesada por una serie de cuestiones que tienen que ver con la situación problema que presenta el usuario/a, la organización en la que se expresa el problema o necesidad y las representaciones sociales existentes en los usuarios/as en relación al rol profesional y sus posibilidades de acción.

Para las autoras, la entrevista en Trabajo Social tiene rasgos particulares que permiten diferenciarla de las entrevistas que realizan otras profesiones.

---

<sup>m</sup> La noción de individuo hace referencia a un ente anónimo, masificado, sin diferencias ni sellos particulares, homologable a muchos otros. A diferencia de la noción de sujeto que da cuenta, por el contrario, del otro como actor, constructor y protagonista de la realidad. (Tonon, 2005)

En Trabajo Social, la entrevista se inscribe como una técnica que sirve a una profesión que se preocupa por las personas en sus relaciones sociales, en su mundo social y en los hechos sociales en que están involucradas. Interesa todo lo relacionado a las condiciones y calidad de vida de las personas y para ello, la entrevista debe estar orientada a lograr una información pertinente de la situación desde una perspectiva integral, tal como postula el constructivismo. (Caceres, Oblitas & Parra, 2000, p 35.)

La entrevista tiene así una doble dimensión: como técnica y como proceso de interacción social. Como técnica porque en salud forma parte del maletín<sup>n</sup> de herramientas que el TS tiene para desarrollar su trabajo y su clasificación en tipologías dependerá del contexto, propósito y oportunidad de la misma.

Como proceso porque desarrolla un conjunto de fases en directa relación con las características y particularidades de los participantes en ella. Esto significa que el entrevistador (TS) tiene un bagaje (conocimiento) que le permite llevar a cabo el procedimiento de la entrevista (técnica) la cual necesariamente llevará a establecer un vínculo (en términos de relación) con el otro (entrevistado), persona usuaria/o que requiere atención. Vínculo que, por otra parte, será indefectiblemente, único e irrepetible. (Caceres, Oblitas & Parra, 2000)

Para Kisnerman, la entrevista es un medio de trabajo que permite establecer una relación profesional, un vínculo intersubjetivo e interpersonal entre dos o más personas, estableciendo diferencias en su uso, manera e intencionalidad. (Kisnerman apud Baptista Lewgoy & Carvalho Silveira, 2007 p.)

Desde el punto de vista operacional Ferreira Boucas plantea que la entrevista forma parte de los procesos de trabajo para fomentar tanto una postura investigativa como interventiva del trabajo profesional. De esta forma la entrevista es un instrumento movilizador que permite aproximarnos a la realidad social e interactuar con los sujetos (Ferreira Bouças, 2011).

Aguilera aporta un debate en torno del Trabajo Social contemporáneo situando a la entrevista como eje central de esta reflexión. Establece que se trata de una de las técnicas más desplegadas por el quehacer profesional siendo un recurso operativo en los diferentes momentos de la actuación.

Valorarla implica considerar a los actores participantes en ella, entrevistado y entrevistador como sujetos activos, constructos de procesos históricos, políticos, económicos y sociales, y constructos también de nuevas realidades. Propone considerarla dentro del marco

---

<sup>n</sup> Se refiere al uso que da Merhy al término maletín como expresión de caja de herramientas del trabajador de la salud. (Merhy, 2006)

disciplinar reconociendo en ella los elementos que le son propios como así también aquellos que son traídos de otras disciplinas.

Realiza su reflexión acerca de la entrevista en un orden establecido en tres dimensiones a las que denomina: teórico-epistemológica; metodológica-operativa y ético-política, las cuales en la actuación profesional operan necesariamente imbricadas. (Aguilera apud Tonon, 2005 p.29-47)

En la dimensión teórico-epistemológica<sup>o</sup> desarrolla el concepto de entrevista a partir del análisis del encuentro que se produce entre ambos actores, donde el entrevistador hace operativa una técnica con una finalidad determinada previamente. La autora conceptualiza la entrevista en Trabajo Social como

La entrevista en Trabajo Social es una técnica de interacción social que se funda en una relación interpersonal que permite la comprensión de una situación intersubjetiva, la construcción de un problema que quiere ser transformado y el tránsito por un proceso de actuación que permita alcanzar la transformación. (Aguilera en Tonon, 2005, p.36)

Respecto de la dimensión metodológica-operativa establece que permite ver en ese encuentro las asimetrías que se dan en el mismo. Más allá del carácter relacional, en la entrevista el profesional busca comprender el mundo subjetivo de ese otro a partir de sus expresiones, su forma de comunicarse, de manifestarse. Si bien el campo de la entrevista es desplegado por la persona entrevistada, el encuadre de la misma es dirigido por el Trabajador Social. De ahí la importancia de considerarlo a la hora de analizar la práctica profesional.

Con relación a la dimensión ético-política la autora realiza una reflexión a partir del siguiente acápite del Dr. Francisco Maglio:

Frente a la deshumanización, no es en los recursos tecnológicos que encontraremos una salida aceptable; existen otros recursos, invalorable por su eficacia: me estoy refiriendo al efecto “sanador” de nuestra palabra, de nuestras manos y de nuestra presencia. Herederos del dualismo cartesiano mente-cuerpo, nos constituimos en “plomeros del cuerpo” antes que en médicos de la persona (...) que la persona” sienta” que estamos a su lado, que vibramos en ese encuentro irrepetible de persona-persona, que estamos en su misma “sintonía”. Entonces nos estamos ayudando a bien vivir. (Maglio apud Aguilera en Tonon2005, p.45 )

---

<sup>o</sup> Aquí la autora considera la noción de “teoría” no tanto como una teoría general del sistema social, cuanto la reflexión sobre la ejecución efectiva del trabajo sociológico, es decir, sobre lo que la tradición de la filosofía de la ciencia llama “epistemología” y que no puede reducirse a la llamada “metodología” (Bourdieu 2003 p 59 apud Aguilera en Tonon, 2005 p.30)

En este sentido recupera la dimensión ética de la práctica y el reconocimiento de la autonomía de los sujetos esta expresada en ese vínculo generado a través de la entrevista. Evitando caer en lo que llama la objetivación del sujeto a través de prácticas cristalizadas en meros trámites burocráticos. La entrevista puede convertirse entonces en un encuentro que promueva la construcción de nuevas subjetividades, siendo en este sentido importante posicionarse y considerar al usuario/a como ciudadano con derechos y constructor también de ciudadanía.

#### *4.5 Algunas consideraciones en relación al uso de la entrevista*

La entrevista, como proceso de interacción, se enmarca en ese espacio intercesor en donde se construye esa relación intercesora a través de la cual el TS establece un vínculo con el otro y busca un construir juntos alternativas viables en la atención de los problemas. Ambos, trabajador y usuario/a, intercambian en el proceso comunicacional ideas, actitudes, sentimientos influenciándose recíprocamente produciéndose así una interacción única entre ellos.

En el acto mismo de la entrevista se crea también un tipo específico de relación social, que habilita la posibilidad de reflexionar acerca de cuestiones que están relacionadas a la ética del encuentro (Vacarezza, 2013 p.1)

Desde la perspectiva de la performatividad<sup>P</sup> de la entrevista podemos preguntarnos cómo se manifiesta la dimensión cuidadora en la práctica profesional en tanto encuentros que potencian el desarrollo de la autonomía. El carácter dialógico del intercambio comunicacional constituye “[...] un espacio favorable para el trabajo narrativo, la reflexión, la autoafirmación y la objetivación de la propia experiencia [...]” (Vacarezza, 2013 p.2).

Así la entrevista también tiene un efecto performativo al crear un tipo específico de vínculo social entre el usuario/a y el/la TS. En el encuentro, el usuario/a ejerce la narrativa como efecto de las preguntas del TS. Así el relato se articula como respuesta pero, a su vez, actúa también sobre el profesional.

Es importante tener en cuenta que, si bien todo lo emergente del encuentro es relacional, es necesario estar atentos a la existencia de las asimetrías de roles. El usuario/a expresa, a través

---

<sup>P</sup> La perspectiva de la performatividad ha ganado centralidad en la crítica sociocultural especialmente en los trabajos de género. Las elaboraciones acerca de la performatividad de Judith Butler han tenido impacto en el modo en que se construyen las preguntas, los objetos de estudio y las metodologías de investigación social. (Vacarezza, 2013 p.1)

de discursos, enunciados, verbalizaciones y simbolizaciones su manera de ver el mundo y su situación, es decir: su subjetividad. El profesional, por su parte, es quien trata de comprender ese mundo subjetivo y para ello despliega su saber y experiencia estableciendo el encuadre que favorezca el encuentro. Así, el encuadre del encuentro es dirigido por el profesional. Al respecto del encuadre en la entrevista Bleger (1980) señala:

[..] existe sin embargo un marco o un límite en el cual la ambigüedad no debe existir, sino todo lo contrario, en que el límite debe ser mantenido y a veces defendido por el entrevistador; éste cubre todos los factores que intervienen en el encuadre de la entrevista: tiempo, lugar y rol técnico del profesional. El tiempo se refiere a un horario y un límite en la extensión de la entrevista; el espacio abarca el marco o terreno ambiental en el cual se realiza la entrevista. El rol técnico implica que en ningún caso el entrevistador debe permitir ser presentado como un amigo en un encuentro fortuito [..]. (Bleger, 1980 p.35)

Por su parte, Aguilera señala que la conceptualización del encuadre y su operacionalización son cuestiones nodales en el proceso de actuación profesional. Plantea además que “Una reflexión metódica y crítica del porqué del encuadre y de los motivos de su ruptura implican una interesante y rica revisión de la propia actuación” (Aguilera apud Tonon, 2005 p.38)

El encuadre permite hacer constantes algunas variables, de forma tal que algunos aspectos de la interacción se estandaricen; la actitud de escucha y el rol profesional; los objetivos, el tiempo, los momentos, el lugar de la entrevista, la privacidad y la confidencialidad hacen el encuadre. (Aguilera apud Tonon, 2005 p.38)

Desde el punto de vista comunicacional existen distintas formas de comunicar y estas tienen que ver con el tipo de lenguaje que las personas partícipes del encuentro ponen en juego al explicitar su forma de sentir y de pensar. Pueden ser tanto de tipo verbal como no verbal. Es importante considerar este aspecto dado que el lenguaje no verbal, que se desarrolla durante la entrevista, también tiene un impacto significativo en la relación que se establece entre el trabajador y el usuario/a.

El proceso de comunicación que se despliega en la entrevista no es lineal sino que está atravesado por “[..] múltiples afectaciones interaccionales verbales y analógicas: miradas, posturas, gestos, silencios [..]” (Aguilera apud Tonon, 2005, p.44) que hacen que el proceso comunicacional siempre esté en función de la relación que se establece entre los sujetos.

Burgos Ortíz, de acuerdo a Legar keegan y Ward, refiere que “[...] cada situación en que ocurre la entrevista es única y cada entrevista es un paso a territorio desconocido[.]” (Burgos Ortiz, 2011, p. 91). No obstante, algunos autores coinciden en que siempre existen en el proceso de la entrevista determinadas fases y momentos que es preciso tener en cuenta.

En la compilación realizada por Tonon, Aguilera toma conceptos de Guber <sup>9</sup>y los reestructura en una propuesta para el Trabajo Social, considerando la entrevista como:

[...] el proceso gradual por el cual el investigador va incorporando información en sucesivas etapas de su trabajo de campo. Dentro de ese proceso pueden identificarse dos grandes momentos, uno de apertura y otro de focalización y profundización [...] (Aguilera apud Tonon, 2005)

Así describe Aguilera tres momentos durante el desarrollo de la entrevista:

1º momento que tiene una atención flotante donde se busca descubrir que es lo que se trabajará en los siguientes momentos, así se amplía el motivo de la consulta, se favorece el relato del entrevistado a fin de adentrarse en el mundo de sus significados.

2º momento donde se retoman los elementos significativos del discurso del entrevistado, se los analiza dentro de un contexto teórico y dice podría llamarse categorización diferida. Se buscan las preguntas orientadoras más significativas: preguntas descriptivas (para comprender en mayor profundidad), preguntas típicas (para comprender o identificar regularidades) y preguntas específicas (para conocer lo nuevo de la problemática) (Gubber, 2004, p.220-221)

3º momento, es el de cierre de la entrevista donde se valoriza la comunicación establecida entre ambos actores y la presentación de una síntesis donde se recuperan los detalles más significativos, las propuestas y objetivos de próximas entrevistas si fuese necesario.

Por su parte Ferreira Bouças señala que la entrevista puede ser dividida en partes, siendo importante reconocer algunas estrategias para conducir la misma. Propone un modelo que reconozca las particularidades y complejidades de cada situación en la que el TS se encuentra inmerso. Así propone dividir las partes o momentos de la entrevista de la siguiente manera: planeamiento de la entrevista, presentación, identificación de las demandas y cierre de la entrevista. (Ferreira Bouças, 2011)

---

<sup>9</sup>Guber propone para esto tres procedimientos: la atención flotante del investigador, la asociación libre del informante y la categorización diferida del investigador. (Guber, 2004 p.212)

En otro orden, y reconociendo el valor implícito del encuentro vincular, es fundamental además la creación de una empatía natural, llamada rapport, que inicia muchas veces con una charla informal, aunque también puede darse dentro de una introducción formal. Es necesario comenzar con preguntas fáciles de comprender, mostrando interés y apoyo en lo que diga la persona entrevistada. Durante el proceso de la entrevista es importante mostrar comprensión y empatía para ello, algunos autores, recomiendan reforzar las respuestas profundas y los detalles. Hacer comentarios positivos y alentadores de vez en cuando y demostrar comprensión emocional. A la hora de obtener información necesaria pueden incluirse preguntas relacionadas a hechos básicos y esenciales que se estimen necesarios para esta fase, ampliando la posibilidad de explicaciones y aclaraciones respecto de la información brindada al principio.

Burgos Ortíz da cuenta de la fase que denomina recoger velas refiriéndose a la bajada del tono emocional. La misma es importante dado que redirige la mirada a cosas o situaciones del principio pudiendo así permitir a la persona entrevistada volver a realizar preguntas o expresar sus pareceres. (Burgos Ortiz, 2011)

Hacia el final de la entrevista es necesario efectuar el cierre aclarando que el tiempo ha terminado y si es oportuno para ambos, quedará abierta la posibilidad de un nuevo encuentro.

Existen también algunas normas orientadoras y recomendaciones que, desde el Trabajo Social, es pertinente tener en cuenta al momento de realizar la entrevista. Al respecto son varias las recomendaciones que pueden encontrarse en la literatura sobre el tema; no obstante y en virtud del presente trabajo de investigación, señalo aquellas que, entiendo, guardan estrecha vinculación con el tema de la investigación:

Elegir un lugar adecuado para la realización; hacer preguntas comprensibles; dar seguridad y favorecer la locuacidad; dejar hablar y saber escuchar; dar tiempo pero no perderlo; prestar atención; tener paciencia y comprensión; tratar en términos de respeto y hacer el registro inmediato, que sea discreto, completo y veraz son las recomendaciones de Merlino. (Merlino apud Burgos Ortiz, 2011).

Burgos Ortíz, a partir de los textos de Seidman (2006); Corbetta (2003); Rubin y Rubin, (1995), realiza los siguientes comentarios al respecto:

Dejar que la entrevista fluya como una conversación; sentirse libre de quizás no entender la respuesta o la pregunta de la persona entrevistada; aceptar las pausas como naturales y sólo romper el silencio cuando la persona parece atascada; ayudar a la persona entrevistada a que se

sienta segura y locuaz. Es necesario dejar concluir el relato y ayudar a complementarlo con fechas y hechos; hacer preguntas de fácil comprensión y apelar a la sensibilidad en los casos de tener que efectuar preguntas que atañen a nivel de la propia subjetividad de la persona; actuar espontánea y francamente; escuchar tranquilamente, con paciencia y comprensión; no dar consejos ni valoraciones morales; no discutir ni rebatir a la persona que se entrevista; prestar también atención a lo que no quiere decir, debemos prestar atención a sus contradicciones. Si no quiere hablar sobre un tema sobre el que percibimos que tiene conocimiento, podemos tratar de abordarlo en otro momento. (Burgos Ortiz, 2011).

Para Travi también es importante considerar la actitud del profesional frente las personas que requieren su atención.

[..] la actitud del profesional frente a las personas que requieren sus servicios, explicita la importancia de mostrarse afectuoso, cordial, de transmitir su deseo genuino de comprender las situaciones y experiencias que atraviesa la persona, mostrarse dispuesto a oír lo que piensa de su problema y ser capaz de acompañarla pacientemente en los esfuerzos por hallar una solución [...] (Travi, 2006, p.106)

#### *4.6 La dimensión cuidadora de la práctica: la entrevista como herramienta analizadora de la práctica en salud*

A los fines del presente trabajo de investigación se considera dimensión cuidadora a la dimensión relacional de encuentro en la práctica profesional entre el TS y los usuario/as en el marco de una situación de trabajo, donde se establece un vínculo intersubjetivo mediado por el lenguaje en tanto éste se constituye como un espacio de habla, escucha, miradas y signos a partir del cual se produce un acto en salud.

En el marco de los procesos de salud enfermedad atención cuidado la entrevista en Trabajo Social resulta valiosa a fin de conocer los alcances del/ los problemas que plantean los usuarios/as en relación a su situación de salud. Ya sea desde el primer contacto que el TS tenga con el usuario/a del servicio de salud como en los posteriores encuentros, siempre estará presente la entrevista. Más allá de la relación o fuerza del vínculo que se establezca entre ambos “[..] no cabe duda que la relación asistencial comienza desde el primer contacto y éste deriva casi sin excepción en una entrevista [...]” (Travi, 2006, p.106)

En la actuación del Trabajo Social en salud la dimensión cuidadora en la práctica profesional adquiere mayor relevancia y la entrevista, instrumento de trabajo propio del Trabajador Social, se constituye como una herramienta<sup>r</sup> desencadenante de la misma.

Es en ella donde se establece esa relación intercesora a la que hace mención Merhy. A través de la cual el profesional establece un vínculo con el otro en ese espacio de intersección de a dos, posibilitando un construir juntos el proceso de salud enfermedad atención cuidado.

[..] es en este encuentro del trabajo vivo en acto con el usuario final, donde se expresan algunos componentes vitales de la tecnología blanda del trabajo en salud: las tecnologías articuladas a la producción de los procesos intercesores, las de las relaciones que se configuran, por ejemplo, por medio de la prácticas del acogimiento/recibimiento, vínculo, autonomización, entre otros [..]” (Merhy, 2006, p. 37-8).

Es importante en este punto recordar el concepto desarrollado por Aguilar respecto a la actuación profesional. La autora menciona el carácter contradictorio de la misma al señalar que a partir de la actuación se puede reforzar el proceso de fragmentación social o bien, contribuir al fortalecimiento de los lazos intersubjetivos.

Así podemos pensar en la situación de entrevista en salud también como parte de esta contradicción. Podemos ser partícipes de la reproducción de un modelo centrado en el procedimiento que sigue la lógica del cómo hacer o por el contrario, podemos desde nuestra práctica, generar la posibilidad de reconfigurar un modelo centrado en el sujeto/usuario siguiendo la lógica del qué hacer. Favoreciendo así el encuentro de actores, ambos partícipes y constructores de las relaciones sociales y del cuidado de la salud.

La especificidad del accionar del TS en salud da cuenta así de una forma de atención que le es propia y es parte inherente a su núcleo disciplinar. Se inscribe como parte en los procesos de trabajo de la organización de salud, en este caso el hospital visualizándose:

[..] en el interior de los distintos modelos tecno-asistenciales en salud, con la configuración tecnológicas de un determinado proceso productivo en salud, es decir, de un cierto modo de producir el cuidado [..]”. (Merhy, 2006, p.35)

Podemos repensar la actuación profesional en salud desde la dimensión cuidadora y centrada en la persona usuaria de nuestro servicio como sujeto de derechos. Una actuación que

---

<sup>r</sup> En el sentido de “herramienta” dentro del maletín del trabajador de la salud utilizada por Emerson Merhy (2006)

imprima de valor nuestro trabajo apartándolo del pensamiento muchas veces omnipresente en las organizaciones hospitalarias donde lo asocian, casi exclusivamente, a la atención de situaciones de carencia y como un mero articulador entre necesidad y recursos materiales más allá de los simbólicos.

Para ello es necesario partir del encuentro con el usuario/a en tanto encuentro que nos permite reconocernos como sujetos en diálogo permanente. En la aceptación de los discursos y en el reconocimiento de las verdades existentes en cada uno de ellos, reconociéndonos así, aún en la alteridad del desencuentro. En este sentido Ayres(2002) retoma el pensamiento de Habermas quien plantea que el diálogo se apoya en tres niveles de validación subjetiva:

Según Habermas, el éxito de un discurso en realizar diálogo efectivo se apoya en tres niveles de validación intersubjetiva: a) en la aceptación, por parte del interlocutor, de que el proyecto del mundo y de vida que orienta ese discurso (o lo que hemos reconocido como encuentro deseante de las circunstancias) es correcto desde un punto de vista ético, moral, político; b) en la proposición de enunciados aceptables intersubjetivamente como expresión de la realidad, esto es, de que se trata de hechos que son tomados como verdaderos por ambas partes; y c) en su capacidad de expresar auténticamente la perspectiva subjetiva de aquel que profiere el discurso. (Según Habermas apud Ayres, 2002 p.10)

De esta forma la entrevista, como encuentro y diálogo que mantiene el TS en salud, posee una serie de atributos que la configuran como un elemento analizador de la dimensión cuidadora en la práctica profesional:

- Desde el punto de vista contextual se enmarca en una organización de salud, en un Servicio Social que tiene determinadas misiones y funciones en cuanto a la atención de situaciones relacionadas con el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado.
- Se conforma como parte del proceso de trabajo en salud y es aplicada en el terreno de las tecnologías blandas; es decir aquellas tecnologías basadas en las relaciones interpersonales.
- Forma parte del bagaje de herramientas que el TS tiene para realizar su trabajo y le permite adentrarse en el universo del mundo de los sentidos del otro desde la aceptación de las diversidades subjetivas.
- Constituye un espacio de escucha, de diálogo, que permite al usuario/a expresarse, y habilita el reconocimiento y abordaje de ese otro desde su singularidad.
- Favorece la actuación desde un espacio intercesor, intersubjetivo, en el cual se manifiesta la dimensión cuidadora de la práctica profesional.

## 5. METODOLOGÍA

Teniendo en cuenta que se trata de una investigación que se adentra en el terreno de las prácticas en salud, buscando visibilizar la dimensión cuidadora en la práctica de los Trabajadores Sociales, el abordaje cualitativo favoreció el alcance de los objetivos propuestos permitiendo una mayor comprensión y análisis de los datos. Dentro de las modalidades de abordajes comprensivos se eligió el estudio de caso ya que es una estrategia de investigación cualitativa útil para

[...] mapear, describir y analizar el contexto, las relaciones y las percepciones en relación a la situación, fenómeno o episodio en cuestión y además para generar conocimiento sobre características significativas de eventos vivenciados, tales como intervenciones y procesos de cambios [...] (De Souza Minayo, 2009, p.133)

La elección del estudio de casos no fue sólo una decisión de tipo metodológica sino que constituyó también una elección en base al propio objeto a estudiar. El interés estuvo puesto en comprender el caso en particular del Servicio Social del Hospital y el análisis de la dimensión cuidadora en las prácticas profesionales.

Teniendo en cuenta el aporte bibliográfico, el análisis de los artículos seleccionados en el estado del arte y el cotidiano de los procesos de trabajo se puso el foco de la investigación en las prácticas, precisamente en la entrevista, llevadas a cabo por los TS que se desarrollaron durante el periodo del trabajo de campo en el Servicio Social del HGARM y en la dimensión cuidadora de la misma.

Para dar respuesta al objetivo general, que fue analizar la dimensión cuidadora en las prácticas de los TS que se desempeñan en el Servicio Social del HGARM y a los objetivos específicos que buscaron indagar acerca del aspecto relacional de las entrevistas llevadas a cabo por los profesionales, se implementaron diversas técnicas para obtener el material empírico que sustenta la tesis:

- Técnica de observación sistemática de entrevistas en consultorios externos del Servicio Social y en salas de internación.
- Técnica de grupo focal con la conformación de un grupo con los profesionales del Servicio Social.
- Diario de campo que permitió efectuar el registro de aquellas situaciones que se consideraron relevantes y significativas para el análisis.

Las fuentes de información fueron obtenidas de datos primarios recolectados de la implementación de las técnicas señaladas y también de datos secundarios que apuntaron a la descripción del contexto en donde se desarrollan las prácticas: territorio geográfico, organización hospitalaria, organización del Servicio Social, los que ya fueron detallados en el apartado correspondiente a la fundamentación de la investigación. Para ello se utilizaron materiales escritos como la revista electrónica del hospital y documentos existentes en el Servicio Social. Los datos primarios fueron recolectados del trabajo de campo a través de la observación sistemática de las entrevistas, la realización de un grupo focal y del registro efectuado en el diario de campo.

El recurso a diferentes técnicas y fuentes buscó lograr una mayor comprensión del tema de estudio. Las observaciones de las entrevistas llevadas a cabo por los profesionales y el material obtenido de ellas permitió acceder a los discursos y prácticas que se configuran en el momento de la entrevista.

En el Trabajo Social la observación es considerada como “[...] una destreza de la vida cotidiana sistematizada, una distintiva manera de obtener información [...]” (Burgos Ortiz, 2011, p.98) así mediante la observación “[...] se intenta captar aquellos aspectos de las actividades humanas y los escenarios en que éstas ocurren [...]”(Gubber, 2004 p.198). De ahí que, en la presente investigación, la prioridad en la observación estuvo en la manifestación de aquellos aspectos asociados a la dimensión cuidadora de la práctica en salud.

Para la observación de las entrevistas se utilizó una guía de observación que tuvo en cuenta tres dimensiones de análisis:

-La dimensión encuadre: se observó el espacio físico donde se desarrollaron las entrevistas (si se realizaron en la oficina del Servicio Social y en qué lugar dentro de ella o si fueron realizadas en algunas de las salas de internación), la identificación de la entrevista ( si se trató de una entrevista de primera vez o ulterior), el tiempo de duración de las entrevistas medido en fracciones de 0-15, 16-30, 31-40 o más de 41 minutos; y cómo se efectuó la presentación de los participantes.

- La dimensión proceso de interacción comunicacional: se observó la disposición espacial de los participantes dentro del lugar, la dinámica comunicacional que se generó entre ambos/as, la forma en que se presentó la información (el tipo de discurso que utilizó el profesional durante el desarrollo de la misma), las posturas corporales y la expresión de sentimientos; como así

también alguna característica particular del encuentro (si se trató de una entrevista de seguimiento y finalización de algún tipo de tratamiento).

Para el análisis se consideró lo señalado por Minayo, quien según la perspectiva de los teóricos del análisis del discurso, hace referencia a las diferencias entre texto y discurso. Considera que el texto es la unidad de análisis, la unidad de significaciones que pueden ser desde una palabra hasta un conjunto de frases o un documentos, mientras que el discurso “Es el lenguaje en interacción, con sus efectos de superficie y representando relaciones establecidas “ (Minayo, 2009 p.263).

La autora hace mención a Orlandi, discípulo de Pécheux,<sup>5</sup> quien desde una mirada crítica analiza la determinación histórica de los procesos de significación, considerando como punto central del análisis la relación entre el lenguaje y su contexto de producción. Busca problematizar el carácter ideológico del habla, revelando que no hay discurso sin sujeto, ni sujeto sin ideologías, señalando además las formas de dominación política, que se manifiestan en la razón disciplinaria, instrumental y reduccionista. Según Orlandi (1987 apud Minayo, 2009 p.262).

Un tipo de discurso está determinado por un modo de funcionamiento discursivo, es decir por la forma en que se habla, de un estilo propio que se expresa en la interacción. Su resultado puede ser clasificado de distintas formas, según Orlandi (1987 apud De Souza Minayo, 2009 p.263-65)

No obstante, para determinar el tipo de discurso que se observó en los profesionales durante el desarrollo de las entrevistas se decidió la elaboración de categorías de discursos en función del presente estudio de investigación. Las mismas tuvieron en cuenta los tipos textuales desarrollados por Parodi & Gramajo (2003) quienes asociaron los tipos textuales a tipos discursivos de acuerdo a las funciones comunicativas.

Se determinaron los siguientes tipos de discurso profesional: - el tipo interrogativo/apelativo que implica la pregunta y exhortación con la intención de producir una respuesta del usuario/ a ; - el tipo informativo/referencial que se refiere a hechos, cosas o ideas y su objetivo es meramente informativo y algunas veces busca dar también indicaciones ; - el tipo expresivo centrado en el emisor, implica la expresión de sentimientos y emociones; - tipo contactivo que tiene como objeto comprobar si el canal de la comunicación funciona

---

<sup>5</sup> Filósofo francés que en la década del '60 fundó la Escuela francesa de Análisis del Discurso con el propósito de sustituir el análisis del contenido tradicional.

correctamente; - el tipo explicativo/metalingüístico cuya función es explicar y se desarrolla a partir de explicaciones y definiciones.

Es importante aclarar que a la hora de efectuar la clasificación, se consideró que los tipos de discurso no existen en formas puras dado que los mismos, generalmente, se entremezclan apareciendo cierta dominancia en alguno de ellos, siendo este el criterio utilizado para su clasificación. (Parodi & Gramajo, 2003)

Respecto a las posturas corporales se prestó mayor atención a aquellas mantenidas por los TS durante el desarrollo de la entrevista y que acompañaron la palabra del profesional. Se observó la mirada, la forma de estar sentado o parado. También la expresión de sentimientos que surgieron durante el encuentro tanto los manifestados por el usuario/a como por el profesional. Se realizó un registro literal en el diario de campo.

-La dimensión Ético Política: mediante la observación se consideró el lugar del sujeto durante el desarrollo de la entrevista (si se constituye como un sujeto activo o pasivo), donde estuvo puesto el centro de la acción profesional (si la misma promovió la autonomía en la toma de las decisiones) y el momento del cierre de la entrevista en relación a la posibilidad de acciones futuras.

Teniendo en cuenta que la acción es una construcción humana y un proceso donde los usuarios/as se constituyen como actores partícipes se consideró el lugar del usuario /a desde su participación dentro de la acción profesional.

A tal efecto, se consideró que el usuario/a ocupó un lugar de sujeto pasivo en la entrevista cuando quedó en el lugar de anónimo, masificado y homologado a muchos otros. En cambio adquirió el lugar de sujeto activo, en términos de actor social, cuando fue a la vez constructor y protagonista de su situación. Según Vélez Restrepo (2003 apud Tonon, 2005 p.25)

Estas categorías de análisis surgieron de las categorías desarrolladas previamente en el marco conceptual de referencia y dieron cuenta de los componentes observados que fueron considerados como manifestadores de la dimensión cuidadora en la práctica profesional. Se trató entonces de una observación de tipo directiva. La división en tres dimensiones obedeció sólo a la necesidad de realizar una observación sistemática y de ordenar la información obtenida, en función de la presente investigación.

Estas tres dimensiones marcaron además los criterios de inclusión y exclusión para las entrevistas. Se consideró que las entrevistas, para ser incluidas, debían poder ofrecer la información necesaria para la evaluación desde los indicadores señalados en cada una de éstas.

En sólo dos casos las entrevistas fueron excluidas: en un encuentro que fue realizado sólo para la tramitación de un poder y otro donde el usuario/a no comprendía ni manejaba el idioma correctamente.

Dado que el interés de la tesis fue indagar en la dimensión cuidadora en la práctica profesional, las características del Servicio justificaron la elección del mismo para el desarrollo de la investigación. El Servicio cuenta con un equipo de dieciséis profesionales, TS de planta, que desarrollan su actividad durante cinco días de la semana, quienes aceptaron voluntariamente participar de la investigación. Todos/as atienden a usuarios/as a partir de diferentes modalidades de atención (consultorio externo y salas de internación).

La decisión de realizar la investigación en un único Servicio y en el que me desarrollo como profesional y Jefa de Sección, obedece a la necesidad de privilegiar la inserción prolongada en el mismo espacio de trabajo que permitiera describir el trabajo efectuado por los TS, la diversidad de actividades, las situaciones e interacciones, teniendo en cuenta la dimensión temporal que supone el análisis de las prácticas profesionales. Se consulta al Comité de Docencia e Investigación respecto del presente trabajo de investigación, autorizándose su realización sin otro requerimiento que no sea el consentimiento informado dirigido a los profesionales, ya que se trata de una investigación que se abocará sólo a los profesionales del Servicio Social.

El trabajo de campo, tanto de las observaciones como la realización del grupo focal, se llevó a cabo en el Servicio Social del Hospital durante el periodo comprendido entre el 1º de octubre y el 10 de noviembre del año 2014. La elección de la fecha fue en virtud de considerar que el hecho de encontrarme de licencia laboral en parte de ella, permitiría una aproximación al campo con mayor precisión respecto del rol de investigador y minimizar así el sesgo que, mi lugar de jefatura, puede ocasionar durante la observación de las entrevistas a los TS. El horario elegido para las observaciones de las entrevistas fue el de la mañana dado que es el horario de mayor concurrencia de usuarios/as al servicio y de solicitudes de interconsulta, por parte de otros profesionales, en los casos de los/as usuarios/as internados.

Los informantes claves fueron los TS quienes se constituyeron como individuos con una fuente de información especializada, portadores de una cultura disciplinar en común y capaces de proveer datos significativos de su hacer profesional.

Para el análisis y discusión de los resultados los TS fueron denominados como *TS1*, *TS2*, *TS3* y así sucesivamente hasta *TS10* en las observaciones de las entrevistas y hasta *TS13* para el grupo focal; mientras que los usuarios fueron denominados como *U1*, *U2*, *U3* en las observaciones de las entrevistas.

### *5.1 El trabajo de campo*

El trabajo de campo se desarrolló durante 1º de octubre y el 10 de noviembre del año 2014. Consistió en las observaciones de entrevistas a los/as TS que se encontraban trabajando en ése período en el Servicio y la realización de un grupo focal.

Participaron en total diez profesionales, a quienes se les entregó previamente el consentimiento informado, observándose un promedio de dos entrevistas a cada uno. Quedaron excluidos/as del estudio aquellos/as profesionales que, al momento de la realización del trabajo de campo, se encontraban de licencia por vacaciones o licencia por maternidad.

Los usuarios/as fueron consultados previamente a la observación y en el caso que no aceptasen la presencia de la investigadora, se excluía la entrevista del trabajo. En ningún caso el usuario/a manifestó su negativa frente a la consulta.

Fue prevista la realización de una prueba piloto tanto para la observación de las entrevistas en Consultorio externo como en la Internación. Luego de realizar las observaciones se analizó cual era el mejor día y horario para la implementación del grupo focal, a fin de poner en práctica los dispositivos de trabajo, realizándose los ajustes que se consideraron necesarios.

El registro realizado de las observaciones obtenidas en el trabajo de campo fue relevante en la investigación, especialmente teniendo en cuenta que el registro es una especie de cristalización de la relación, vista desde el ángulo de quien hace las anotaciones o fija el teleobjetivo de la cámara. (Gubber, 2004)

En este caso la observación puso su centro en el teleobjetivo de la dimensión cuidadora en la práctica profesional <sup>1</sup>. Si bien el tipo de observación escogida fue direccional ello no significó el no tener en cuenta que la sola presencia del investigador observando el momento de la entrevista tuvo un impacto en ése momento y en las personas que observó.

Lo que el investigador tiene en su registro es la materialización de su propia perspectiva de conocimiento sobre una realidad determinada y no esa realidad en sí. Sin embargo, esto no significa que la realidad no exista o sea irrelevante, porque el investigador está permanentemente intentando dar cuenta más y mejor de ella. (Gubber, 2004 p.252.)

A efectos de profundizar las observaciones realizadas se utilizó un diario de campo donde se anotaron aquellos datos observacionales del escenario donde se realizaron las entrevistas. Se registraron ideas, inferencias y conversaciones informales. Toda triangulación de métodos y técnicas favorece la calidad y profundidad del análisis [...] enfatiza la contribución metodológica como instrumento de iluminación de la realidad desde varios ángulos [...] Según Dezin ( 1973 apud Souza Minayo, 2009 p. 296).

Además de la observación se utilizó la técnica del grupo focal ya que permitió la posibilidad de formar opinión, por parte de los TS participantes, en relación al tema de la investigación.

El grupo focal puede ser definido “[...] como una técnica de investigación que recopila información a través de la interacción de un grupo con un tópico determinando por el investigador/a [...]” según Morgan (2004 apud Burgos Ortíz, 2011, p. 96). Otros autores añaden “[...] esta técnica privilegia el habla y su interés de captar la forma de pensar, sentir y vivir de las personas que conforman el grupo en un tiempo determinado [...]” según Alvarez-Gayou Jugenson (2007 apud Burgos Ortíz, 2011, p. 96).

La implementación de un grupo focal permitió así complementar la información obtenida en la observación de las entrevistas y ampliar el conocimiento de la realidad en estudio a partir de la exploración de la memoria colectiva y del conocimiento compartido de los/as participantes.

---

<sup>1</sup> Tomando la idea de Guber, quien se refiere a que resulta imprescindible que el investigador registre todos aquellos aspectos que pueden echar luz acerca de por qué se registran algunas cuestiones y relegan otras, por qué se repara en determinados aspectos y se secundarizan otros, por qué se los integra de este y no de otro modo (Guber, 2004) )

Se conformó un grupo con los trece profesionales del Servicio que se encontraban trabajando en el momento del trabajo de campo. Para su participación no se utilizaron criterios de inclusión /exclusión dado que se favoreció la participación voluntaria todos/a los profesionales. Para ello se acordó con los TS una fecha para la realización del encuentro.

La selección del lugar donde se llevó a cabo fue en función de buscar un espacio apropiado y que favoreciera la participación desde un clima de cooperación y cotidianeidad. Fue elegido el Servicio Social ya que constaba de un lugar amplio donde efectuar la reunión y evitaba el traslado de los profesionales. El tiempo de reunión fue de una hora y quince minutos y se efectuó durante la mañana de una jornada laboral, sin interrupciones de terceros ni de llamadas telefónicas dado que, se controlaron estas situaciones previamente colocando un cartel al ingreso del servicio especificando el tiempo en que permanecería cerrado para la atención, como se hace habitualmente durante las reuniones de equipo.

Para la discusión se estableció previamente una guía orientadora de dos ítems a fin de facilitar el abordaje de los temas en cuestión y la precisión del tiempo en el desarrollo de los mismos. Focalizando la discusión en relación al análisis de las prácticas de entrevista llevadas a cabo en la cotidianeidad de los procesos de trabajo. A efectos del registro y análisis de los datos se gravó la discusión grupal con la autorización de los presentes a través del consentimiento informado que fue leído antes de iniciar el grupo focal y firmado por cada uno de los participantes.

## 6. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En el siguiente apartado se presentan los resultados obtenidos del trabajo de campo (observación de las entrevistas y realización de un grupo focal) como así también del registro de notas realizado en el diario de campo.

Los resultados del trabajo de campo son discutidos y analizados desde las referencias desarrolladas en el apartado de estado del arte y los aportes teóricos del marco conceptual.

### 6.1 *Observación de las entrevistas realizadas por los TS del Servicio Social*<sup>4</sup>

Para el análisis se tuvieron en cuenta las siguientes dimensiones: encuadre de la entrevista, el proceso de interacción de los participantes y el aspecto ético político del encuentro

#### 6.1.1 **Acerca del encuadre**

Los resultados obtenidos del análisis a partir de los indicadores (espacio físico, identificación de la entrevista, tiempo de duración y presentación de los participantes) y la vinculación entre alguno de ellos arrojó la siguiente información:

Al analizar el tiempo de duración de las entrevistas con el tipo de entrevista (primera vez o ulterior) se observó que la mayor parte de las entrevistas de primera vez tienen una duración entre los 16-30 minutos, le siguen las de 0-15 minutos y una sola entre 31-46 minutos. Por su parte, las entrevistas ulteriores también, en su mayoría, tienen una duración entre los 16-35 minutos, salvo el caso de una entrevista de 35 minutos. De lo observado se infiere que no existen diferencias significativas en relación al tiempo y el tipo de entrevistas (de primera vez o ulteriores).

Al relacionar el tiempo con el ámbito en donde se desarrollaron las entrevistas se observó que aquellas que se realizaron en el Servicio Social en la atención de usuarios del Consultorio Externo, tanto de la demanda espontánea como de los programas, la duración de las mismas fue de 16-30 minutos, a excepción de una de las entrevistas de seguimiento por programa de atención a usuarias en situación de embarazo que duró entre 31-46 minutos. En el área de internación las entrevistas llevadas a cabo en las salas tuvieron una duración de 0-15 minutos, como fue el caso de las mantenidas en el Servicio de Pediatría. Por su parte, las que se llevaron a cabo con los

---

<sup>4</sup>Para el análisis y discusión de los resultados los TS fueron denominados como *TS1*, *TS2*, *TS 3* y así sucesivamente hasta *TS10* en las observaciones de las entrevistas

familiares en el Servicio Social tuvieron una duración de 16-30 minutos, a excepción de dos de ellas donde el tiempo de duración fue de 31-46 minutos.

Por otra parte, en relación al tiempo de duración y el ámbito espacial donde se desarrollan las entrevistas se observó que las de mayor duración (31-46 minutos) que se realizaron tanto en Consultorio Externo como en Internación, guardaron relación con las características particulares de la atención de los usuarios/as y su situación. Tal es el caso de las entrevistas de seguimiento en Consultorio Externo de las situaciones de embarazo y las llevadas a cabo con familiares de usuarios/as Internados.

Surgió así que, al considerar los ámbitos de desarrollo de las entrevistas y el tiempo de duración se reforzó la observación efectuada en el análisis por tipo de entrevistas: la duración media de las entrevistas mantenidas por los/las TS del Servicio Social es de 16-30 minutos. Visualizándose también que, en aquellos encuentros donde se trabajaron situaciones de seguimiento, ya sea en Consultorio Externo como en Internación, los/as TS realizaron entrevistas de mayor duración, lo cual permitió conocer que el/la TS puso el foco de la atención en la situación de padecimiento del usuario/a, profundizó el conocimiento y buscó establecer la acción profesional centrada en el usuario/a.

Al considerar las características del espacio físico, en general las entrevistas ulteriores que se llevaron a cabo en el Servicio Social se realizaron en un consultorio cerrado que favoreció la comunicación y sin interrupciones de terceros. A diferencia de las entrevistas de primera vez que se realizaron en la demanda espontánea, éstas fueron hechas en un espacio abierto con gran cantidad de ruidos, voces y murmullos constantes que interfirieron el desarrollo adecuado de la dinámica comunicacional, dada la falta de intimidad necesaria para el encuentro.

Se observó principalmente que, en las entrevistas llevadas a cabo en la demanda espontánea de Consultorio Externo, los/as TS naturalizaron las cuestiones señaladas anteriormente. Ejemplo: dejaban la puerta abierta del Servicio mientras atendían a usuarios/as, responden a preguntas por interrupción de terceros, contestan llamadas telefónicas, todas estas situaciones fueron observadas y registradas durante el trabajo en el diario de campo.

En el caso de las entrevistas mantenidas en las Salas de Internación, se trató de lugares en general abiertos donde la privacidad se encontró mediada sólo por una pared o box de escasas dimensiones que no permitieron establecer barreras físicas que facilitaran la privacidad necesaria

para los encuentros. Se escuchaban voces, murmullos, observándose la presencia de terceros ajenos al encuentro (médicos, familiares, enfermeros).

La acción profesional tampoco en el ámbito de la Internación se encuadró en un ambiente favorecedor para el vínculo y la dinámica comunicacional. No obstante ello, se observó que los/as profesionales buscaron establecer el diálogo más allá de éstos condicionantes poniendo el foco en la situación de salud del usuario/a. Buscaron otras estrategias como: citaron a familiares de usuarios/as internados/as en Clínica Médica, adecuaron el tiempo de la entrevista, por ejemplo en el caso de la recorrida de la sala de Pediatría, consultaron al médico respecto de la situación antes de realizar la entrevista con el usuario/a.

Así los condicionantes del espacio físico que fueron observados en la internación se constituyeron desde una doble dimensión: por un lado como obstaculizadores para la comunicación y, a su vez, en promotores de actitudes profesionales creativas que buscaron estrategias para la atención de los usuarios/as desde una perspectiva de cuidado centrada en los mismos.

En cuanto a la presentación de los participantes en la observación de las entrevistas mantenidas en el ámbito de Consultorio Externo, principalmente en las que ocurrieron dentro de la demanda espontánea, en general el/a profesional no se presentó ante el usuario/a estableciendo su rol<sup>v</sup>. En el caso de las veces que sí lo hizo, tampoco dio su nombre. Lo mismo ocurrió cuando los/as profesionales concurrieron a la Sala, al acercarse al usuario/a solo refirieron “*hola, soy el/la TS*”.

El hecho de considerar la presentación guardó relación según lo planteado por Aguilera (2005) quien señala que es importante la creación de una empatía natural llamada rapport, que se inicia muchas veces a partir de una conversación informal, aunque también puede darse dentro del contexto de una introducción o presentación formal. En el caso de las entrevistas de primera vez el encuadre y la empatía pueden ser condicionantes de la acción profesional en términos del vínculo creado.

Si bien el campo de la entrevista es desplegado por el usuario/a del servicio, el encuadre de la misma según Aguilera (2005) es dirigido por el/la TS. De ahí la importancia de considerarlo a la hora de analizar la práctica profesional.

---

<sup>v</sup> Se hace referencia al rol profesional

A modo de síntesis, el análisis de la dimensión encuadre permitió conocer que la mayoría de las entrevistas llevadas a cabo por los/as profesionales tienen una duración aproximada entre los 16-30 minutos, no habiendo mayormente diferencia si se trataron de entrevistas de primera vez o ulteriores.

En cuanto al espacio físico existieron condicionamientos para el encuadre en los dos ámbitos de la atención, tanto en Consultorio externo como en Internación. Observándose que los/as TS prestaron más atención a éste hecho cuando se trató de entrevistas llevadas a cabo durante la internación.

Los condicionantes observados interpelaron lo plasmado en parte de la literatura existente en el apartado teórico referencial, donde se señalaron las recomendaciones que dan algunos autores para tener en cuenta al momento de realizar la entrevista como es el caso de elegir un lugar adecuado para la realización. (Burgos Ortíz, 2011)

Por otra parte, “Una reflexión metódica y crítica del porqué del encuadre y de los motivos de su ruptura implican una interesante y rica revisión de la propia actuación” Según Aguilera (2005, apud Tonon, 2005 p.39)

Existió un encuadre más adecuado de tiempo y lugar cuando se trató de entrevistas de seguimiento con usuarios/as bajo algún dispositivo de seguimiento o programa de Consultorio Externo. La acción profesional se encuadró así en un ambiente de privacidad y cuidado que facilitó el encuentro.

### **6.1.2 Acerca del proceso de interacción**

En el análisis de esta dimensión se tuvieron en cuenta los indicadores: disposición espacial de los participantes, dinámica comunicacional, forma en la que se presentó la información en relación al discurso del/la TS, las posturas corporales, la expresión de sentimientos que ocurrieron durante el desarrollo de la entrevista y algunas características particulares del encuentro.

Considerando el tipo de entrevista, el ámbito donde se desarrollan las mismas y los datos obtenidos de las observaciones realizadas se decidió efectuar el análisis correspondiente al proceso de interacción agrupando las entrevistas de acuerdo a si se trataron de entrevistas llevadas a cabo a usuarios/as del área de Consultorio Externo o del área de Internación.

Dentro de las entrevistas llevadas a cabo con usuarios del Consultorio Externo se distinguieron dos tipos: - las entrevistas que se realizaron en la atención de la demanda

espontánea y/o las derivaciones que los distintos profesionales realizaron al Servicio y - las entrevistas que se desarrollaron en atención en el marco de algunos de los Programas de atención a problemas de salud específicos durante el proceso de salud enfermedad atención cuidado.

Respecto de las entrevistas realizadas en la atención de la demanda espontánea, se observó que algunas de ellas se realizaron a pedido del usuario/a para el acceso a algún tipo de recurso material ligado al proceso de su atención, por ejemplo obtención de medicamentos y realización de estudios. El usuario/a llegó al Servicio con un formulario ya completo por el médico tratante para el inicio de la gestión de “Ayuda Social a Personas” o “*Ayuda médica*”<sup>w</sup>, procedimiento administrativo que es denominado así en el lenguaje cotidiano hospitalario. En estas entrevistas el intercambio comunicacional lo inició el/la TS quien, inmediatamente, realizó una serie de preguntas en relación a la situación. El diálogo entre el/la TS y el usuario/a quedó mediatizado por las preguntas que realizó el/la profesional.

En general el discurso del/la TS tuvo como característica ser principalmente interrogativo/apelativo. Si bien se observó alternancia en los discursos, la conversación quedó focalizada y sometida a una serie de preguntas y respuestas. Sumada a las explicaciones e indicaciones que el/la TS realizó en virtud de las gestiones a realizarse para la tramitación del insumo solicitado, “*me tiene que hacer una firmita*”(TS3), “*tiene que hacer el pedido en*”(TS4), ó “*esto es lo último que tiene que hacer*”(TS5) son algunas de las expresiones de los/as profesionales.

Por otra parte, se observó que en estas entrevistas se sumó la tarea administrativa que tuvo que realizar el/la TS. Por ejemplo tuvieron que buscar información previa en los archivos, sacaron fotocopias y solicitaron la firma a los jefes. Esto implicó que el/la profesional tuvo que desarrollar cierta capacidad organizativa a fin de evitar mayores interrupciones en el encuentro con el usuario/a.

Pudo observarse que fue escasa la expresión de sentimientos en estas entrevistas y significativa la distancia que estableció el/la profesional frente al usuario/a y su situación de padecimiento. Durante el desarrollo de una entrevista cuyo objetivo fue realizar una gestión de Ayuda Social a personas se observó que el usuario/a acompañó su relato con gestos y risas intentando en todo momento encontrar la mirada del/ la TS quien estuvo la mayor parte del encuentro sumisa/o al registro de los datos obtenidos. Sólo hacia el final del encuentro ambos/as

---

<sup>w</sup> Procedimiento por el cual se gestiona una ayuda social para el acceso al insumo solicitado por el médico.

lograron cierta conexión cuando dice el/a TS “*ah nueras*”(TS4). En esta entrevista el/la TS conocía la situación del usuario/a, puso el foco en ella pero el centro de la acción profesional estuvo en el procedimiento de la gestión.

Sólo en una entrevista que el/la TS realizó a una usuaria/o, a quien ya conocía, pudo observarse que el/la profesional favoreció la expresión de sentimientos más allá de las gestiones a realizar por la tramitación de la ayuda médica. Pudo evidenciarse el impacto positivo que tuvo esta actitud del profesional al manifestar el usuario/a “*es bueno sentir que te acompañen en esta*”(U10). En este caso el/la profesional pudo hacer trascender en la entrevista aquellos aspectos relacionados al cuidado en función de la problemática de consumo que presentó el usuario/a y acompañar su sentir al decir “*lo bueno es que te puedas recuperar*”(TS5). De alguna manera el/la TS pudo delimitar y despejar aquello que el usuario/a trae al momento de la entrevista de aquello que está por detrás y que emerge a través de ese vínculo generado durante el encuentro. Así el accionar profesional también emerge pero desde la dimensión centrada en el usuario/a y donde el procedimiento sólo constituye uno de los tantos ejes que el/la profesional tuvo que abordar para efectuar su trabajo.

En el trabajo desarrollado por Gomes & Pires (2005) las autoras señalan la tensión existente en la relación entre los conceptos de ayuda y poder, en tanto gestores de actos de cuidar. Teniendo en cuenta la idea de poder para emancipar, el conocer para cuidar mejor y el cuidar para confrontar y emancipar. Buscando fortalecer así la autonomía de los usuarios/as del servicio de salud.

Esto se relaciona también con la idea de la existencia de una clínica oficial o clínica tradicional, producto de la mezcla de política de salud con actitudes alienadas de los profesionales que, al atender de manera reglada y sin considerar las necesidades de los usuarios/as, dan cuenta de una clínica que es atravesada por otras racionalidades y pierde así potencia. A diferencia de la clínica del sujeto que incluye la dolencia, el contexto y al propio sujeto. (Souza Campos, 2001)

Carballeda por su parte, hace mención a lo que llama el devenir clínico, al considerar que “[...] la intervención forma parte de un devenir clínico, desde la perspectiva de hacer actuar a ambas partes contractuales [...] (Carballeda, 2013 p. 55). Desde su perspectiva lo clínico surge del análisis de la situación planteada en el encuentro con el usuario/a, de las posibilidades de

transformar la misma y hacerlo dentro del proceso de trabajo más allá de las reglas acordadas explícita o implícitamente.

De la misma manera, durante el desarrollo de la entrevista en Trabajo Social, podemos estar frente a una acción profesional atravesada por actitudes regladas y sin tener en cuenta el padecimiento del usuario/a ó, por el contrario, podemos estar frente a una acción profesional que contemple al usuario/a, su situación de padecimiento y el contexto donde esto ocurre.

Como parte del análisis del proceso de interacción y, precisamente, en relación a las posturas corporales y el registro de la información se observó que, en todas las entrevistas de atención de la demanda espontánea, tanto el/la TS como usuario/a permanecieron sentados. El registro de las anotaciones en la Historia Social fue realizado por el/la TS al mismo tiempo que escuchaba el relato del usuario/a. En general lo hicieron mecánicamente, como algo ya aprehendido de la práctica y sin percatarse que, mientras lo hacían, el usuario/a fijaba su mirada en él/la profesional.

En líneas generales, las entrevistas que se desarrollan en el ámbito de la atención de la demanda espontánea en el Servicio Social, si bien pusieron el foco en la situación que presentó el usuario/a, el centro de la acción profesional tendió a estar puesto en el procedimiento de las gestiones y tramitaciones a realizar por los usuarios con el fin de tener acceso al insumo solicitado por el médico, como son los casos de la Ayuda Social a Personas. Excepto aquellas entrevistas donde el profesional y el usuario/a ya tenían un conocimiento y vínculo previo pudiendo establecer así un diálogo enfocado en la situación de padecimiento.

De esta forma el vínculo generado entre el profesional y el usuario/a marca las diferentes formas de producir actos en salud desde el Trabajo Social. Para Merhy “[...] es en ese encuentro de trabajo vivo en acto con el usuario final donde se expresan algunos componentes vitales de la tecnología blanda del trabajo en salud [...]” (Merhy, 2006 p.37).

En las entrevistas de primera vez y ulteriores de seguimiento con usuario/as incluidos en programas de atención, como fue el caso de las entrevistas observadas en la atención a usuarios/as que presentaron una infección de transmisión sexual, el proceso de interacción lo inició el/la TS realizando preguntas en relación al tratamiento médico que se encontraba efectuando el usuario/a.

Al tratarse de entrevistas de seguimiento y finalización del tratamiento el proceso de interacción puso el foco en éste punto. En general el/la profesional preguntaba y el/la usuario/a

respondía. También orientaba acerca de dudas o inquietudes planteadas durante el encuentro; observándose buena reciprocidad y alternancia en los discursos.

Respecto al tipo de discurso del profesional el que prevaleció en estas entrevistas fue el explicativo/metalingüístico. El/la TS durante el encuentro principalmente dio explicaciones en relación al cuidado y la posibilidad de realizar el test rápido para el VIH. Por ejemplo “*si terminó las aplicaciones de las dosis entonces*”(TS1) exponiendo así el/la profesional algunas argumentaciones en relación a la oportunidad de efectuar el testeo rápido para el VIH, dando lugar a que el usuario/a que pudiera pensar en esa posibilidad cuando dijo “*¿pensaste en hacer el test rápido?*”(TS1)

Sin embargo, surgió algo diferente en la observación de una entrevista de primera vez efectuada por un profesional que no trabajaba en la temática de infecciones de transmisión sexual. La dinámica comunicacional resultó distinta. En este caso, el/la profesional se limitó sólo a realizar algunas preguntas al usuario/a en relación a su situación de salud y a recabar datos. Dijo “*voy a tomarle unos datos*” (TS4) y luego aclaró que “*es para que después venga a ver a mi compañera*”(TS4). Si bien el usuario/a manifestó alguna preocupación en relación a su situación y a la toma de información respecto a su persona, el/ la TS se limitó sólo a responder “*quédese tranquilo...es secreto profesional*”(TS4). No habilitó una mayor expresión de opiniones en este sentido. La toma de datos sensibles para el usuario/a cobró significación al momento de la entrevista, especialmente al tratarse de una entrevista de primera vez.

En la observación de otra entrevista que fue llevada a cabo por un/a TS que desarrollaba su trabajo cotidiano en la atención de personas conviviendo con VIH se observó que, al inicio de la entrevista el/la profesional mantuvo una escucha atenta al relato de el/la usuaria/o y realizó alternadamente preguntas en relación a la situación, manifestándose una buena receptividad entre ambos. El tipo de discurso que prevaleció en el/la profesional fue principalmente el informativo/referencial. Durante el encuentro favoreció además la expresión de sentimientos y dudas que presentaba el/ la usuaria/o. De esta forma su discurso también fue, de alguna manera, de tipo expresivo. El foco estuvo puesto así en la situación de el/la usuario/a y buscó despejar dudas.

En el caso de la entrevista señalada, la promoción del cuidado estuvo orientada hacia la oportunidad de la realización del testeo rápido para el VIH y el encuentro se constituyó como un espacio de escucha y potencialidad en la toma de decisiones.

A partir de lo observado pudo constatar que el hecho que el/la TS contaba con experiencia y capacitación en la temática de salud, constituyó un fortalecedor para el accionar profesional. Permitió que el/la TS pudiera manejarse con mayor claridad ante las consultas y posicionarse como un actor que promovió el cuidado conjuntamente con el usuario/a.

Al observar las posturas corporales que se manifestaron en este tipo de entrevistas surgió que durante los encuentros TS y usuario/a ambos/as permanecieron sentados. Prevalciendo la escucha y mirada atenta.

A diferencia de lo observado en las entrevistas de atención en la demanda espontánea, en las entrevistas de seguimiento el profesional no realizó el registro de la información durante la misma sino que, por el contrario, lo realizó con posterioridad al encuentro. Así en éste tipo de entrevistas, el hecho de existir un vínculo previo entre TS y usuario/a facilitó que el profesional focalice su atención en la conversación, la expresión de sentimientos y el desarrollo de potencialidades durante el encuentro y realizar sus anotaciones al final.

El análisis que realiza Ayres (2002), en su reflexión acerca del concepto de cuidado en salud, propone pensar en un cuidar en el sentido de tratar pero, basado en la importancia de la interacción entre los sujetos, profesional/usuario, que va más allá de la técnica. Implica dimensionar la intersubjetividad propia del momento asistencial dando lugar al proceso relacional. Esto pudo vislumbrarse especialmente en las entrevistas de seguimiento en atención a usuarios/as que presentaban una infección de transmisión sexual y de seguimiento por la adherencia al tratamiento en los casos de usuarios/as inmunocomprometidos.

Por otra parte, el análisis del proceso de interacción en las entrevistas que se llevaron a cabo con usuarios/as que se encontraban internados y /o familiares de los mismos dio el siguiente resultado:

En estas entrevistas se distinguieron dos tipos: las que se realizaron en la sala con el usuario/a que se encontraba internado/a y las que se realizaron en el Servicio Social del Hospital con el/los familiares de los mismos.

En aquellas entrevistas que se llevaron a cabo en el Servicio Social con familiares, el/la TS fue quien inició la conversación haciendo algunas preguntas en relación a la situación de padecimiento del usuario/a internado. Se observó, en general, que la conversación giró en relación a la historia de vida y el mundo de lo cotidiano de la familia. Se visualizó además que el

encuentro también abrió la posibilidad de pensar en el momento del egreso del hospital y las acciones a realizar por los distintos actores (equipo de salud y familia)

Los/as TS en general guiaron el desarrollo de la conversación. Si bien, lo hicieron realizando preguntas como “¿tiene documentos?” (TS4) “¿están casados?, ¿dónde viven?” (TS7) siguiendo el orden de los ítems de la Historia Social, conversaron también acerca de los motivos que desencadenaron la internación, favoreciendo así la expresión de sentimientos y deseos por parte de los usuarios/as. Se observó que el foco de la conversación estuvo puesto en el usuario/a, su situación de salud y el padecimiento.

En el diálogo mantenido durante el desarrollo de una de las entrevistas pudo observarse la alternancia en los discursos. En cuanto a la dinámica general de la conversación, en un primer momento el discurso del/la profesional fue del tipo interrogativo/apelativo y puso el foco en la realización de preguntas con el objetivo de conocer la situación: si se habían producido cambios y/ o avances en relación a la misma “¿hablaste con la médica?” (TS2) y acerca de las situaciones de la vida cotidiana “*sola no podés ocuparte de todo*” (TS2). En esta entrevista el/la profesional abrió la posibilidad de facilitar la expresión del sentir de la usuaria en relación a la enfermedad de su esposo.

De esta forma el discurso fue girando durante el encuentro transformándose hacia el final en un discurso de tipo expresivo que acompañaba y promovía el accionar centrado, no sólo en el padecimiento del usuario internado, sino también en el de los integrantes de la familia.

Fue interesante observar que el discurso profesional fue adaptándose, en cierta forma a lo planteado por el usuario/a. En un primer momento lo hizo haciendo preguntas acorde a la situación, que ya conocida previamente, con la finalidad de precisar cierta información y para ajustar las acciones que ya fueron emprendidas anteriormente.

A medida que avanzaba el dialogo y una vez que el/la profesional conoció los datos y la información que consideraba necesaria, el discurso comenzó a focalizarse en el sentir de la entrevistada y se hizo expresivo al preguntar “¿por qué estás angustiada?” (TS2) y luego decir “*entiendo*” (TS2) y “*acuerdo con vos*” (TS2) acompañando sus dichos con su postura corporal inclinándose para escucharla y manteniendo fija su mirada en ella.

La comunicación que se desarrolla durante la entrevista no se dio en forma lineal sino que estuvo atravesada por interacciones verbales y analógicas, miradas, posturas y gestos. Todo

ello hizo que el proceso comunicacional siempre estuviera en función de la relación que se establece entre los sujetos. (Aguilera en Tonon, 2005 p. 44).

En esta entrevista las posturas corporales observadas acompañaron lo que el/la TS manifestara con la palabra. Seguramente esto no fue percibido conscientemente por el usuario/a y tampoco por el/la profesional.

Travi (2006) señala que el uso de las relaciones personales como el uso de la entrevista son instrumentos fundamentales en la actuación profesional, diferenciando actuación personal de la actuación profesional dado que, en estas últimas, existen responsabilidades compartidas. Para Tonon (2005) quien retoma la mirada de Velez Restrepo, las técnicas son instancias mediadoras que conectan la intención y la concepción con la operacionalización de la acción.

De esta forma en las entrevistas a familiares pudo observarse que, la acción profesional del /la TS favoreció el uso de las relaciones y la interacción con el/la usuario/a. La acción se constituyó así como puente entre la relación profesional, el mundo social de usuario/a y la reflexividad como parte de la acción profesional (Tonon, 2005).

En las entrevistas que se llevaron a cabo en las salas de internación con las personas usuarias del servicio internadas, el inicio de la conversación también lo realizó el/la TS. El profesional luego de presentarse, efectuó una serie de preguntas en relación a la situación de internación. En general la dinámica comunicacional estuvo dada a través de las preguntas que realiza el/la TS al usuario/a para conocerlo. Se observó que es el/la TS es quien guía el desarrollo del encuentro.

Teniendo en cuenta las características del discurso el que prevaleció también fue el interrogativo/apelativo. Aunque, pudieron observarse algunas diferencias en el uso de este tipo de discurso entre los profesionales.

En el encuentro observado en una de las entrevistas con una mujer internada en la sala de Clínica Médica, si bien el/la TS a partir de las preguntas que favoreció la expresión de algunos sentimientos de la usuaria como: “*me abandonaron*” (U4), “*me angustia*”(U4), “*me quiero ir*”(U4). Hacia el final del encuentro el discurso del/la profesional se volvió de mayormente índole indicativo al decir “*usted está bien*”(TS4) y “*no necesita que*”(TS4). En estos casos el accionar del/ la TS quedó focalizado así en la situación de padecimiento del usuario/a pero sin poner el centro en la misma como protagonista activa.

A diferencia de lo observado en otros encuentros, como el caso de una entrevista que se llevó a cabo en el servicio de Maternidad durante el seguimiento de la internación de una joven madre y su hijo recién nacido. El/la profesional abrió el diálogo con algunas preguntas como: *¿podemos hablar con un familiar?* (TS3) ó *¿hiciste la inscripción del bebé?* (TS3). Durante la dinámica del encuentro el/la TS favoreció la expresión de sentimientos al consultar a la usuaria *¿cómo te sentís?* (TS3). Y, es a partir de ése momento que se habilita la posibilidad de un diálogo más profundo entre ambos/as. Aparecieron situaciones ligadas a la problemática del consumo de sustancias expresadas por la usuaria *“ya lo tengo al bebé y no quiero más”* (U3) y el/la profesional centró, de esta forma, su accionar no sólo en la situación planteada sino fundamentalmente poniendo el foco en el padecimiento expresado por la misma. Promovió así, a través de la interacción comunicacional, la posibilidad de pensar en el cuidado ligado al mundo de lo cotidiano frente a la llegada de su hijo y a su problemática de consumo.

El concepto de cuidado propuesto por Ayres nuevamente toma forma en la observación de esta entrevista. Para el autor “ [...]cuidar es querer, hacer proyectos, es modelar la arcilla. Querer es el atributo y el acto de ser[.]” (Ayres, 2002 p.14).

Al llevar esta idea a las prácticas en salud refiere que el usuario/a es más que construirlo como un objeto de la acción profesional, involucra considerarlo/a desde un tiempo que trasciende los límites del cómo hacer. Implica dimensionar la intersubjetividad del encuentro asistencial, dando lugar así a un espacio de construcción compartida que se apoya en la técnica pero sin quedar reducida a ella.

Ambas situaciones dan cuenta de las diferentes formas en que los /as TS pudieron abordar las situaciones de trabajo con los usuarios/as del Servicio. Situaciones y padecimientos son parte intrínseca de la esencia de la tarea profesional. El lugar que ocupa el usuario/a y cómo dimensionar su potencialidad es parte del pensar en una práctica cuidadora centrada en el usuario/a.

En el caso de la observación de las entrevistas llevadas a cabo durante la recorrida de la sala de Pediatría permitió distinguir que el/la TS tiene establecido una dinámica propia para los encuentros. Realizó preguntas disparadoras dirigidas a la madre/padre o cuidador/a del niño/a con el objetivo de conocer la situación que llevo a la internación.

El discurso usado por el/la profesional fue, en general, interrogativo/apelativo. Pero, a partir de la regularidad de las observaciones durante la recorrida de la sala, se visualizó una

particularidad en el actuar del/la profesional: el preguntar adquiere un carácter disparador para la expresión de sentimientos, tal es el caso de una madre que dice “*estaba muy angustiada*”(U6) al relatar el episodio que originó la internación de su hijo. Si bien el foco de atención del/la profesional estuvo puesto en el niño/a fue interesante observar que la misma, hacia el final de los encuentros, focalizó su atención en el binomio madre-niño dando lugar además a la manifestación de aquellas situaciones/problema que fueron manifestadas por las usuarias, como fue el caso de las problemáticas de índole habitacional.

De esta forma se observó que el/la TS en el transcurso de las entrevistas con las usuarias, en general madres del Servicio de Pediatría, mantuvo una actitud de escucha abierta a la manifestación de cuestiones relacionadas al padecimiento centrado no sólo de los niños/as sino también al de sus cuidadores/madres.

En las entrevistas observadas cobró significancia lo relacional, lo subjetivo y lo afectivo en la construcción de la acción profesional. Pudo observarse que los/as profesionales consideraron el acontecimiento de la internación, en tanto disrupción que se presenta y que es utilizado como analizador de lo social en la práctica profesional, especialmente en algunas de las entrevistas de maternidad y pediatría, cuando el/la TS construye con el usuario/a la posibilidad de nuevos encuentros. Así “[..] logra actuar y generar una nueva disrupción [..]” (Carballeda, 2013 p.51).

En líneas generales, respecto a las posturas corporales que se observaron durante las entrevistas efectuadas con los usuarios/as en las salas de internación, los profesionales estuvieron parados y llevaron una carpeta en sus manos. Llamó la atención que, en todas las entrevistas observadas en las salas de internación, los profesionales llevaron una carpeta. Algunos/as efectuaron anotaciones como es el caso del/la TS durante la recorrida de la sala de Pediatría. Mientras que en otros/as, en las entrevistas observadas en las salas de Clínica Médica, la carpeta permaneció cerrada durante toda la conversación.

Considerando si fueron entrevistas de primera vez o ulteriores pudo distinguirse que, en las entrevistas de primera vez, el/la profesional realizó el registro de sus anotaciones en su carpeta durante el transcurso de la misma. No ocurrió lo mismo en las entrevistas ulteriores y de seguimiento, ya que en éstas, el/la TS no realiza anotaciones ni consulta los registros, aunque lleva su carpeta.

Buscando algún tipo de regularidad en las observaciones podría pensarse que quizás este hecho está relacionado a la necesidad, por parte del/los profesionales, de efectuar un registro y hacer anotaciones de manera inmediata en la entrevista. También podría depender de la necesidad de buscar algún dato que pudieran precisar durante el encuentro. Sin embargo, en sólo dos entrevistas se observó que el/la TS realizara anotaciones o consultara algo durante la misma. Cuánto influyen en ello las características del funcionamiento organizacional y de los procesos de trabajo no puede inferirse a partir de las observaciones. Pero, sí pareciera que el hecho de llevar una carpeta fuera parte de un rasgo identitario de la tarea profesional en el proceso de atención durante la internación.

Al respecto Cazzaniga refiere que persiste en el imaginario social una mirada que identifica a la profesión como” [...]práctica de resolución de problemas sociales [...]” (Cazzaniga, 2007 p. 104). Así también, el llevar una carpeta con anotaciones y registro de datos para consulta podría dar cuenta también de cómo este imaginario social actúa aún dentro de la profesión, más precisamente en la construcción de las prácticas profesionales en salud.

Lo observado en las entrevistas da cuenta que la acción profesional está imbricada por lo social desde tres aspectos que son señalados por Carballeda: la protección social, el lazo social y los problemas sociales.

La protección social en tanto implica el acceso a políticas, planes o programas por donde se desarrolla la intervención en lo social (ejemplo la solicitud de los usuarios/as para el acceso al Programa de Emergencia Habitacional); el lazo social, en tanto se relaciona con la trama social y vincular de los usuarios/as (ejemplo de ello son las entrevistas con familiares de usuarios/as internados o en seguimiento por consultorio externo) y los problemas sociales expresados en términos de demanda para la acción o intervención profesional (ejemplos son los que se manifestaron como problemas de consumo de sustancias, el acceso a la medicación y estudios, orientación para el acceso a la atención etc). (Carballeda, 2013 p.45-50)

Para el autor, en el análisis de las prácticas pueden advertirse estos tres órdenes, en diferentes grados de incidencia e importancia y de acuerdo a la singularidad del proceso de intervención en lo social. (Carballeda, 2013 p.45).

### 6.1.3 Acerca de lo Ético-Político

Para el análisis de esta dimensión se tuvo en cuenta el lugar que ocupó el usuario/a durante el encuentro, dónde estuvo el centro de la acción profesional y si esta promovió la autonomía en la toma de decisiones. También se consideró el momento de cierre del encuentro.

El resultado arrojó que en quince de las entrevistas observadas, el usuario/a ocupó el lugar de sujeto activo durante el encuentro y protagonista de su situación, mientras que en cinco entrevistas tuvo un lugar de sujeto pasivo.

En los casos donde se visualizó a él usuario/a como un sujeto activo durante el desarrollo del encuentro se observó que:

En las entrevistas que tuvieron lugar durante la internación, ya sea con el usuario/a internado o con algún miembro de su familia, en siete de ellas el/la TS puso el centro de la acción profesional en el usuario/a. Focalizó la atención en la situación expresada por el mismo, en sus preocupaciones o inquietudes. Tal fue el caso de las entrevistas observadas en los servicios de Clínica Médica y con los familiares de usuarios/as internados. Lo mismo ocurrió en las entrevistas llevadas a cabo en los servicios de Maternidad y Pediatría. Particularmente en este último donde el foco de atención de/la profesional estuvo centrado en el binomio madre/niño/a.

Por su parte, en el ámbito del Consultorio Externo del Servicio Social se observó que en cinco entrevistas el /la TS centró la acción profesional en el usuario/a. Este hecho tuvo lugar principalmente en las entrevistas ulteriores y de seguimiento dentro del proceso de atención en situaciones asociadas a padecimientos como las infecciones de transmisión sexual (ITS) y en los procesos de atención a usuarios/as conviviendo con VIH. Manifestaciones como “*lo pensare*” (U1) frente a la propuesta del/la profesional al decir “*sí podés volver aunque hayas terminado el tratamiento*” (TS1) dieron cuenta de un vínculo generado entre ambos que trasciende y habilita a futuro la posibilidad de nuevos encuentros.

Mientras que sólo en dos de las entrevistas observadas durante la atención en la demanda espontánea de usuarios al Servicio por gestiones de Ayuda Social a Personas puedo observarse que el/la TS centró su atención en el usuario/a al poner el foco en la situación expresada por este. Expresiones como “*si al futuro necesitás volvés, con tu nombre te buscamos*” (TS5) puso de manifiesto que el vínculo profesional generado durante el encuentro fue más allá del pedido realizado por el usuario/a y abrió otras posibilidades de acción profesional.

A partir de la sistematización de las observaciones realizadas pudieron visualizarse algunas actitudes, por parte de los/as profesionales, que favorecieron la autonomía en el usuario/a: mantuvieron una escucha atenta y sostenida durante todo el desarrollo del encuentro; escucharon sin más que interpretar y percibir la opinión y facilitaron el debate y acuerdos con el usuario/a; el accionar del/la TS implicó un posicionamiento que incluyó la capacidad de reflexión y de decisión por parte del usuario; promovieron durante el encuentro la expresión de sentimientos y pareceres por parte del usuario/a y la formulación de acciones conjuntas; fortalecieron, a través de la orientación y el acompañamiento, la decisión del usuario/a para afrontar el diagnóstico médico; en algunas entrevistas el/la TS puso en marcha su conocimiento, redes y vínculos interpersonales con otros miembros del equipo de salud durante el proceso de atención; valorizó el/la TS el relato del usuario/a en relación a su situación, las redes y vínculos interpersonales que el mismo/a fue construyendo durante su proceso de recuperación; acordó y promovió junto con el usuario/a la posibilidad de retomar el tratamiento por la problemática de consumo de sustancias; enmarcó el /la TS la acción profesional en el plano de los derechos; y puso el/la TS al usuario/a en un rol activo en la búsqueda de alternativas para la organización del mundo de lo cotidiano al momento del egreso del hospital.

Por otra parte, en las entrevistas donde se visualizó que el usuario/a ocupó el lugar de sujeto pasivo durante el encuentro, dos tuvieron lugar durante el proceso de atención en el ámbito del Consultorio Externo y tres en el ámbito de la Internación.

En el caso de las entrevistas observadas a los usuarios/as atendidos en Consultorio Externo, éstas estuvieron referidas a gestiones de Ayuda Social a Personas. Esto reforzó lo ya señalado en el análisis de la dimensión proceso de interacción cuando se observó que la mayoría de las entrevistas donde el /la TS puso el centro de la acción profesional en el procedimiento administrativo estuvieron ligadas al proceso de atención en la gestión de las Ayudas Sociales a Personas.

¿Qué lugar ocupa el procedimiento durante la acción profesional para los/as TS? ¿Será que la realización de una entrevista para la gestión de una ayuda social queda ligada a la idea de cierta burocratización hospitalaria? En este sentido, la recuperación de la dimensión ético política de la práctica a partir del reconocimiento de la autonomía de los sujetos permite evitar caer en la objetivación del sujeto a través de prácticas cristalizadas en meros trámites burocráticos. (Tonon, 2005)

En las entrevistas observadas donde el usuario/a quedó en un lugar pasivo en el proceso atención durante la internación se observó que la acción profesional estuvo dada a partir del pedido de interconsulta por parte del médico.

Cazzanigia, señala que en la práctica cotidiana es común la realización de articulaciones entre los profesionales como así también entre las instituciones. Toma la autora la idea de Nora Elichiry, quien al hablar de la dificultad para trabajar el nexo entre las disciplinas, especialmente en el terreno de la praxis, señala que es habitual que “[..] el mismo se presenta generalmente como interconsulta [..]” (Cazzanigia, 2007 p.106). De la misma manera “[..] el punto será trascender la articulación (interconsulta o derivación) hacia una verdadera construcción interdisciplinaria [..]” (Cazzanigia, 2007 p.109). Hacia una acción profesional centrada en el usuario/a para Merhy.

La entrevista en estos casos se limitó sólo a la obtención de datos para el conocimiento por parte del profesional de la situación y completar la Historia Social. La posibilidad de generar un encuentro que favorezca la toma de decisiones y que promueva la autonomía quedó así velado.

De la sistematización de las observaciones realizadas pudieron señalarse también algunas actitudes de los profesionales que limitaron la posibilidad del desarrollo de la autonomía en las decisiones por parte del usuario: no realizaron una escucha atenta y sostenida durante el encuentro; no tomó el/la TS en cuenta las preguntas que realizó el usuario/a en relación a sus dudas respecto a su situación de salud enfermedad atención cuidado; limitaron el accionar al proceso administrativo de las gestiones; insistieron en lo que el profesional cree necesario, enfatizando y dando indicaciones; y el diálogo fue mediatizado sólo a través de las preguntas del profesional y las respuestas del usuario/a.

Respecto al momento de cierre de las entrevistas pudo observarse que, en líneas generales, los profesionales marcaron la finalización del encuentro. Existiendo diferencias en el modo en que lo realizaron.

En aquellas entrevistas de seguimiento durante el proceso de salud enfermedad atención cuidado en situaciones bajo programa, el usuario/a tuvo un rol activo y acordó con el/la profesional la realización de un nuevo encuentro para “*seguir trabajando juntas*” (TS2). En las entrevistas observadas que se realizaron por situaciones de internación en general, los/as TS, abrieron la posibilidad de otro encuentro al decir “*bueno, mañana nos vemos*” (TS6) “*voy a pasar*

*mañana y hablamos mejor”(TS6) “paso mañana y te doy la información por escrito”(TS8). En las entrevistas llevadas a cabo por gestión de Ayuda Social a Personas el/la TS también marcó el cierre con algunas manifestaciones como “listo, se entendió” y “si a futuro venís con tu nombre...”(TS5).*

En general en las entrevistas donde el usuario/a adquirió el lugar de sujeto activo, hacia el final del encuentro, manifestó su conformidad a través de expresiones como *“te agradezco.”(U3)* y *“muchas gracias”(U5)*; estrechó su mano o dio un beso a el/la profesional (U18). Así, el concepto de trabajo en salud desarrollado por Merhy como un trabajo en servicio, donde el acto de producción y consumo ocurren al mismo tiempo, pudo observarse y manifestarse en el momento del cierre hacia el final de las entrevistas.

A diferencia, cuando el usuario/a tuvo durante la entrevista un lugar de sujeto pasivo, el cierre del encuentro el /la TS lo hizo con expresiones como *“te voy a dar el número de Historia para que”(TS6), “esto es para que venga nuevamente al servicio”(TS6)*. La posibilidad de realizar otro encuentro apareció desde la decisión indicativa del/la TS y no desde el acuerdo entre ambos.

Esto fue observado también en la atención en el Consultorio externo, ya sea en la demanda espontánea en la atención de la Ayuda Social a personas al decir el profesional en tono de indicación *“le quedó claro”(TS4)*, o en el seguimiento de usuarios/as por programa al decir *“nos vemos cuando venga a control”(TS8)*. En éstos casos fueron menores las manifestaciones por parte del/los usuarios respecto de expresar su conformidad ante la atención recibida. Sólo dos usuarios/as dijeron *“bueno, muchas gracias”(U7)* y *“gracias por venir y orientarme”(U8)*.

El análisis de la dimensión ético-política permitió conocer que los profesionales del Servicio Social, en general, sostienen una práctica centrada en los usuarios/as, con algunas excepciones como las señalamientos en el desarrollo del presente análisis. La actitud ético-política dio cuenta de una acción profesional que buscó promover la autonomía en los usuarios/as del servicio como así también en sus familiares.

La dimensión ético-política de la acción de los profesionales facilitó así la expresión de la dimensión cuidadora en la práctica de los TS ya que incluyó procesos de habla y escucha, vislumbró relaciones intercesoras con el mundo subjetivo del usuario y en la construcción de sus necesidades en salud a través de relaciones de acogimiento y vínculo. (Merhy, 2006 p.71)

Aquí la idea de acogimiento va más allá del vínculo entre el /la TS y el usuario/a del Servicio Social y está en sintonía con lo señalado por Baptista Lewgow & Carvalho (2007) al

decir que no guarda relación con el trato sino que, se refiere a la mirada integradora que el/la profesional pudo hacer de la situación como sujeto inserto en un contexto socio histórico y político.

## 6.2 *Análisis del grupo focal*

El grupo focal se realizó con la participación de trece de los dieciséis TS que forman parte del Servicio Social, incluida la presente en calidad de Moderadora de la actividad grupal.

La hora de inicio fue las 9:15 y la hora de finalización las 10:35. La duración total del encuentro fue de 80 minutos. El lugar físico donde se realizó fue la oficina del Servicio Social. A fin de garantizar el desarrollo adecuado del encuentro y para evitar intromisiones externas durante el mismo, la oficina permaneció cerrada al público usuario/a y demás trabajadores del hospital.

Al inicio del encuentro se agradeció a los participantes su colaboración y se leyó el consentimiento informado donde se explicó el objetivo del encuentro y el alcance en relación a la investigación que se está llevando a cabo en el Servicio Social, de la cual ya estaban en conocimiento a partir de las observaciones de las entrevistas que se realizaron anteriormente. A tal efecto se entregó además a cada participante una hoja personal para la firma del consentimiento y su autorización para la grabación del encuentro.

En un primer momento se les solicitó a los presentes discutir acerca de lo que creen ellos es una entrevista en el ámbito del hospital solicitándoseles además que, puedan precisarla, a partir de su experiencia personal en el cotidiano de su trabajo.

Surgieron así diversos conceptos e ideas acerca de la entrevista en Servicio Social. Definieron la entrevista como un momento en la acción profesional *“una aproximación a la realidad del otro, con un objetivo puntual” (TS1)*, es *“el momento fundamental de la realización de nosotros como Trabajadores Sociales, depende del vínculo que se genere” (TS2)* y *“es el momento que nos permite conocer el relato del otro dicho por sí mismo” (TS3)*

También surge que la entrevista es una herramienta que facilita la acción profesional *“es la principal herramienta que permite conocer a la persona en la situación que hay que intervenir” (TS2)* y *“no sólo es una herramienta conductiva para conocer, sino también para intervenir” (TS2)* otorgándole un valor al decir *“es una herramienta, me parece muy poderosa tanto para hacer una intervención que facilite derechos y para lo contrario también” (TS2)*.

En este sentido se observó que, para los participantes, existe una doble dimensión de la entrevista. Por un lado la consideraron como un momento de la acción profesional y por otro como una herramienta que resulta útil para conocer determinada situación.

Seguidamente los profesionales hicieron referencia a sus prácticas al relacionar el uso de la entrevista desde la praxis. Al respecto una TS expresó *“al ser la herramienta que uno más utilice, hace que uno que ya tiene cierto oficio la utilice sin planificar tanto, sin pensar tanto, que se tiene cierta praxis de ir haciendo en el hacer”*(TS2). Apareció así un registro en el uso y los efectos que pueden ocurrir en la utilización de la entrevista, ligada a la idea del Trabajo Social como un “oficio”. Dijo la misma profesional *“pero no todo eso es negativo, es como que uno tiene cierto oficio de eso que uno va haciendo y ya no se sienta a pensar a cómo lo hago, la primera entrevista con un paciente, cuando recibo la interconsulta. Ya algunas cosas uno las tiene incorporadas.”*(TS2). Apareció la idea de “oficio” pero asociado a algo que se repite y que se tiene incorporado en el hacer y relacionada a la idea de “habitus”, en tanto disposiciones estructuradas y estructurantes de las prácticas profesionales. Podría pensarse entonces en el riesgo que implica el trabajo mecanizado, específicamente el uso mecanizado de la entrevista y sus efectos en los usuario/as del Servicio Social.

En este sentido lo traído por la profesional da cuenta de lo que ocurre dentro de los procesos de trabajo en el Servicio y particularmente en el desarrollo de las entrevistas. En contraposición a lo planteado por Vélez Restrepo quien señala que es necesario tomar una mirada dialogante e interactiva hacia el interior de los procesos de trabajo a fin de evitar que la práctica profesional quede subordinada a visiones externalistas “[..]reduciendo la acción a la utilización de técnicas o herramientas que cosifiquen a los sujetos[.]” Según Vélez Restrepo (2003 apud Tonon, 2005 p.20).

Se habló entonces de la finalidad de la entrevista, del *“para que”* (TS6), refiriendo *“trato de explicitar el objetivo con la persona, siempre intento explicarle el para qué”*(TS6) y aclaró que lo hace para que el otro pueda entender *“cuál es el marco a indagar”*(TS6). De esta forma la participante incorporó al usuario/a desde el lugar de sujeto activo en la acción profesional.

Posteriormente otro/a profesional trajo al grupo la idea/concepto del encuadre de la entrevista expresando aquello que, a su entender, pasa en la cotidianeidad de los procesos de trabajo *“cuando ya hay un encuadre, uno sabe que eso es irreal”*(TS7) y sigue *“hemos hecho entrevistas en los lugares menos apropiados, que a veces no favorecen a la persona y la*

*situación que es tremenda y que escuche otro compañero, nos hemos habituado a trabajar así”(TS7)*

Este punto fue compartido por otros participantes quienes acordaron al decir que “*naturalizamos”(TS2)* reforzando así la idea traída por la compañera. Cabría preguntarse en este sentido ¿cuál es el margen de responsabilidad del profesional en esta situación? ¿Qué cosas son propias de lo naturalizado del ambiente y cuáles obedecen a la práctica naturalizada y aprehendida como rutina?

La idea de encuadre de la entrevista, como aparece generalmente en la literatura, dista de lo planeado y descripto por los profesionales cuando se toma en cuenta el espacio en donde se desarrolla la misma. Al respecto Bleger habla de un encuadre fijo que consiste en “[...] una transformación de cierto conjunto de variables en constantes [...]” y “[...]en ellas también están los objetivos, el lugar y el tiempo[...]” (Bleger, 1980 p.15). Para Aguilera (2005) la conceptualización del encuadre y su operacionalización son cuestiones nodales en el proceso de actuación.

Continua el grupo expresando así sus pareceres e incorporando a la discusión la idea de entrevista en el hospital y su realización junto con otros profesionales. El carácter disciplinar en el uso de la entrevista se manifestó cuando una de las participantes expresó “*uno puede pautar de antemano el objetivo de la entrevista, pero se va construyendo en el transcurso de la misma que preguntas hacer, desde nuestro rol y a ese donde vamos”(TS2)*. La profesional así distinguió las características que, para ella, tienen las entrevistas los profesionales de otras disciplinas “*uno advierte, por las características de ese otro profesional cómo pregunta, que pueden resultar más duras, más directas, sin una gama de recursos de cómo preguntar al otro (TS2)*. De esta forma se incluyó dentro de la discusión la idea que existiría una forma específicamente disciplinar propia del cómo realizar una entrevista y que ésta puede distinguirse de la forma en que la realizarían otros.

Esto se relaciona a la idea de Franco & Merhy acerca de la existencia de una producción subjetiva del cuidado en salud. Los autores señalan que los trabajadores construyen los procesos de trabajo de acuerdo con el modo singular de significar el mundo, así el cuidado en salud se manifiesta desde las singularidades y de ahí, la multiplicidad de formas de cuidar. (Franco & Merhy, 2011)

Para Carballada lo microsocioal de la práctica dialoga con lo subjetivo y lo cotidiano coexistiendo en los contextos donde se desarrolla la acción profesional. Por eso el quehacer

profesional, en este caso la entrevista en Trabajo Social, se construye como el lugar posible de puesta en escena de las cuestiones manifestadas del contexto, con la idea de superarlas junto con ese otro usuario/a quien; a la vez que construye su propia realidad también sostiene alternadamente nuestro campo disciplinar. (Carballeda, 2013 p.10-1)

Seguidamente apareció en el grupo la idea de entrevista/ encuentro vincular traída por un/a profesional del grupo cuando manifestó: *“yo no puedo pensar en una entrevista separada de un encuentro vincular”*(TS9). Así aclaró que *“en un mismo contexto una entrevista puede ser muy rica y otra puede ser muy pobre, de acuerdo a las personas que están interviniendo”*(TS9).

Relaciona la entrevista con el poder y dijo al respecto *“cómo separar al usuario”*(TS9) Aclaró que *“se sienten más relajados, tienen más apertura cuando sienten que el otro lo escucha”* aunque *“por ahí eso no sucede”*(TS9), al decir de la participante porque puede haber *“otro que encare de manera más despersonalizada la entrevista (TS9)”*. Dando cuenta así que las diferencias también existirían aún dentro del mismo grupo disciplinar.

Es interesante que durante el desarrollo de este punto la participante hizo una descripción de cómo ella realiza el encuentro con el usuario/a al *“tratar primero cuestiones más generales y después ir construyendo ese vínculo para profundizar en el motivo de interconsulta”*(TS9). Retomó el tema del poder durante el encuentro refiriéndose a la existencias de asimetrías al decir *“no hay que dejar de pensar que el rol es asimétrico, tenemos cuestiones diferenciadas”* (TS9) al referirse a los roles de cada uno dentro del encuentro. Y agregó *“claramente quien dirige la entrevista somos nosotros, quienes controlan son los usuarios”*(TS9). Es significativa la idea de poder que trae la participante. Por un lado habló de la existencia de asimetrías en los roles y por el otro confirió al usuario/a el poder de la entrevista. No queda claro si se trata de poder o de control de la situación.

Al respecto Bleger señala que si bien todo emergente de la entrevista es siempre relacional, tratamos que el campo de la entrevista esté determinado predominantemente por la personalidad del entrevistado. Es decir que para el autor, el entrevistador controla la entrevista, pero quien la dirige es el entrevistado. (Bleger, 1980 p.15)

También señaló la profesional que: *“uno sabe cómo preguntar en la entrevista desde el punto de vista del Trabajador Social, pero, a veces escucha esa misma entrevista a un médico clínico o a un psiquiatra, donde parece más un interrogatorio, si tal pregunta, si tal respuesta y no hay interacción”*(TS9). Culmina señalando que la entrevista es una herramienta que hay que

saber utilizar. Aparece entonces aquí nuevamente la idea de la entrevista como herramienta/técnica pero más en el sentido de la eficacia en su utilización.

En ese pensar cómo utilizar la entrevista puede sumarse el análisis que realiza Ayres acerca de las prácticas en salud pública cuando reflexiona acerca de las diferencias entre el obrar de acuerdo al vector del éxito técnico y el obrar siguiendo el eje de realización de los sujetos, en tanto buscan caminos que los conduzcan a lo que llama “[..] el buen vivir o la felicidad [..]” (Ayres, 2002 p.7-12).

En ese momento de la discusión la moderadora manifestó al grupo que las cuestiones que se estuvieron tratando resultaban muy interesantes y estableció un segundo momento de la discusión efectuando la siguiente pregunta: ¿según la experiencia del trabajo de todos los días consideran ustedes que existe alguna particularidad respecto a lo que son las entrevistas en el ámbito hospitalario?

Así una de las participantes manifestó *“hay una pericia particular de cada uno, que es una impronta y ahí es difícil universalizar”*(TS10). Al mismo tiempo otro/a refirió que hay diferencias en cuanto a las entrevistas llevadas a cabo en distintos espacios del hospital y habló de la *“oportunidad que te da la internación de tener una intervención más pausada”*(TS11) dado que puede retomar la entrevista al día siguiente, a diferencia de lo que ocurre en la atención de la demanda espontánea donde siente *“hay que tratar de agotar todo lo que se pueda brindar en ese momento”*(TS11). El/la profesional hizo referencia a como el tiempo atraviesa la acción profesional en los distintos espacios, sea la internación o el consultorio externo.

Siguió la discusión grupal acerca de las diferencias de acuerdo al tiempo y el área de actuación profesional. Al respecto una participante dijo: *“para mí es de acuerdo al área de intervención con pacientes, por ejemplo tenemos mujeres en maternidad donde sabés que es la única entrevista porque se están yendo”*(TS 6). Otra profesional aclaró *“cuando sabés que es la única vez y se va, esto puede hacer que tenga otra característica la entrevista”* y señala *“es algo que tenés que generar en el otro”*(TS1). En este punto quedó de manifiesto la responsabilidad que tiene el profesional de generar en el usuario/a la necesidad de empoderarse de su situación dándole el lugar de un sujeto activo.

Otra participante trajo al grupo la idea de la oportunidad de la realización de la entrevista al decir *“para mí cuando la gente se acerca es una oportunidad y vale tanto para quien atiende en un departamento de urgencia donde el otro se contacta y establece un vínculo a través suyo y*

*en ese encuentro se puede generar un vínculo, que incluso puede ser a partir de una demanda espontánea”(TS9).* Se vuelve así sobre la idea del vínculo que se establece en el encuentro a partir de lo que el usuario/a trae a la consulta, independientemente del lugar donde se realiza la misma. El centro aquí está puesto entonces en el usuario/a del Servicio.

Esto se relaciona con lo planteado por Franco & Merhy respecto de la producción subjetiva del cuidado, quienes parten del supuesto que los trabajadores actúan de manera singular en la producción del cuidado y lo hacen de acuerdo a la “[..]constante deconstrucción y construcción de territorios existenciales [..]” (Franco, Merhy, 2011 p.10).

Luego volvieron los participantes sobre la idea de tiempo y vínculo cuando un profesional manifestó *“lo que pasa es que para mí a veces ese vínculo se puede dar más despacio, entonces uno lo puede construir en tres entrevistas y otros en diez minutos”(TS10).* Marcando así nuevamente las diferentes formas de acción profesional.

Posteriormente aparece en la discusión la cuestión del contexto de entrevista, lo trajo una de las/os participantes al hacer referencia a su trabajo con usuarios/as niños/as. Explicó que en esos casos el contexto de la entrevista en la sala no es favorable *“están todos llorando, tienen que estar atendiendo las necesidades de los nenes”(TS13).* Refirió así que, para ella, la oportunidad de efectuar la entrevista es cuando egresa el niño/a del hospital y realizar el seguimiento *“es ese el día que yo aprovecho para abordar las cuestiones de consultorio externo, no es lo mismo”(TS13).*

En este punto de la discusión la moderadora preguntó acerca de la idea del momento y la oportunidad de la entrevista. En este sentido refirió una participante que *“también es una cuestión personal, del sujeto”(TS10).* Otra retomó la idea del principio del encuentro acerca de la escucha y manifestó: *“cuando estas teniendo una entrevista hay otro que está escuchando con lo cual sentís que estás interviniendo, que estás adentrándote en lo que le pasa y lo estás haciendo con del conocimiento del resto porque es distinto mantener una entrevista con un encuadre”(TS9).*

A partir del encuadre aparecieron en la conversación grupal algunas cuestiones de orden de la dinámica institucional hospitalaria como la forma en que se distribuyen en las salas los usuarios/as que está internados/as. Hablaron así de las estrategias que tienen en cuenta los profesionales a la hora de efectuar las entrevistas en las salas. Hay risas mientras describen algunas situaciones *“a veces yo me he encontrado hablando muy bajito“(TS 2)* y otra relató que se inclinaba al hablar y reproducía el mismo gesto al relatar la anécdota. También refirieron la

actitud del usuario/a frente a lo planteado al decir: *“el paciente entonces empieza a hablar más alto y el/la TS baja aún más la voz”, “no se igual si el paciente registra el vozarrón”*(TS2)

Así se reiteró el tema del encuadre, lo trajo nuevamente una de las profesionales diciendo *“me parece que el encuadre tiene que ver con uno”* (TS 7). Dijo que cuando atiende en la demanda y trata de mantener un encuadre escucha voces, diálogos acerca de la comida, lo que hicimos el otro día. Reflexionó entonces al decir *“parece que tiene que ver con el encuadre con que uno también lo genere, el hospital no lo facilita, pero uno lo puede generar.”*(TS 7). Continuó *“a mí me lo que me preocupa es poder parar y pensar y planificar una entrevista y no generar un encuadre porque no siempre uno puede parar, por la dinámica del hospital decimos no somos cirujanos pero terminamos siendo cirujanos de lo social y entonces no podemos parar y generar un encuadre de una buena entrevista”*(TS7)

En este sentido podemos pensar en la entrevista en tanto acción planificada en función de una doble dimensión: como técnica, en tanto que en salud forma parte del maletín de herramientas que tiene el /la TS para desarrollar su trabajo (concepto traído de la idea de los maletines del médico de Merhy) y como proceso porque desarrolla un conjunto de fases o momentos como las descritas por Aguilera (momento de atención flotante, momento de categorización diferida y momento de cierre). Como así también reconocer las partes en las que la divide Ferreira Boucas: planeamiento de la entrevista, presentación, identificación de las demandas y cierre de la entrevista. (Ferreira Boucas, 2011)

Una de las integrantes del equipo manifiesto su parecer en relación a lo que genera para ella la entrevista y dio el ejemplo de la vivencia personal de su paso por distintas salas de internación como maternidad, pediatría y el área de interconsulta de clínica médica *“no es lo mismo cuando un niño te está contando una situación de abuso lo que te impacta, lo que te genera, como te recuperas de esa situación. Como seguís la entrevista, pasan un montón de situaciones y no es lo mismo que estar gestionando un parador o un hogar para un adulto mayor, que no quiero decir que, pero en la realidad como te impacta esa realidad de lo que estás escuchando, eso también influye mucho”*(TS 6) diferenció de esta manera la forma en las que se llevan a cabo las entrevistas en el área materno-infantil.

Apareció en este punto de la discusión la idea de cuidado no sólo en el usuario/a del Servicio sino también el cuidado de los profesionales. Expresaron *“bueno, por eso hablando del cuidado, el cuidado no solo del paciente sino del cuidado nuestro también”*(TS7), *“bueno como*

*el cuidado, vos estás interviniendo con un niño de 8 años que está contando una situación y no es lo mismo estar solo en esa entrevista que estar acompañado”(TS13) “tienen otras características, no es lo mismo que en clínica médica, yo veía que acá primero tenés que oxigenarte, sentarte un poco, y ver cómo, por dónde empezar la intervención” (TS13). Luego la misma profesional trajo lo planteado por otro colega al principio del encuentro: “implica un desafío constante, pero también es una forma de apoyarse en otro, en otra y parece que como recurso por ahora sirve, si es verdad lo que vos decís”(TS13).*

La conversación se centró en ese momento de la discusión en el impacto que genera en el TS la entrevista en términos de encuentro con el usuario/a. La idea de “oxigenarte” que manifestó la profesional está relacionada con lo que señala Dubet respecto a las tensiones del trabajo de los Trabajadores Sociales “[...] la cuestión principal es encontrar un ámbito de trabajo que resguarde de las tensiones del oficio [...]” (Dubet,2006 p.302).

Al respecto una de las participantes, quien tiene un rol de jefatura, al dirigirse al grupo dijo: *“igual yo voy a decir algo para aliviar, la verdad que no sé si va a aliviar más pero dentro de un año todas van a rotar así que...”(TS 10)*. Todos en ese momento se ríen. Se generó así en el grupo cierto momento de bullicio. Se retomó la discusión y la participante continuo expresando su parecer al relatar su experiencia personal de sus años de trabajo en el hospital *“yo siempre dije que ver el efecto en la sala como incide en mí, las personas, con deterioro, la gente muy enferma, los padecimientos, el abandono, la frustración que se yo, son muchos años”(TS10)*. Hizo referencia a sus distintas experiencias en el trabajo en maternidad *“pude conectarme con la vida”, “con complejidad pero que tiene que ver con la vida, con la salud, no tiene que ver con la enfermedad que está ahí depositada”(TS10)*

Frente al relato otra integrante del equipo planteó que para ella la maternidad implica una mirada diferente. Se abrió así una discusión interesante entre ellas respecto de cómo es percibida la maternidad. Para una de las participantes *“la maternidad puede ser entendida como el mejor momento de tu vida o el peor”(TS9)* a lo que la otra refirió estar de acuerdo pero aclara: *“yo no estoy hablando del momento de la maternidad y de lo que representa, estas equivocada, yo estoy hablando como profesional de trabajar con la temática, con toda la complejidad”(TS10)* y agregó: *“con la vida, con las situaciones de vida que atraviesa una mujer...” (TS10)*. Frente al debate entre ambas, se escucharon murmullos y otra integrante del grupo manifestó que, a su entender, puede ser *“una idealización”(TS2)*.

Frente al debate planteado la moderadora manifestó que todas las áreas de trabajo son altamente sensibles, el tema es cómo cada uno/a las percibe, como cada uno/a se posiciona. Agrega que, si bien tiene que ver con la discusión, propone al grupo retomar el eje de la misma. Una integrante refirió que *“si tiene que ver, tiene que ver”*(TS9) y cuestionó si se trata de un problema conceptual o es también un problema de trabajo.

Retomó la discusión grupal la moderadora dando la palabra a otra participante quien desea hablar pero el grupo no la escuchaba. Así expresó *“yo iba a decir que la entrevista es una herramienta de trabajo y tenemos que tener en cuenta en dónde se hace la entrevista, qué objetivo: no es lo mismo hacer un entrevista más pautada en consultorio externo”*. (TS4). Continuó definiendo que la situación de la persona también influye y es tan compleja para el adulto mayor como para el niño.”(TS4), *“una cosa es una entrevista para una demanda que nosotros llamamos de ayuda social con recursos propios y que el hospital no tiene y que debería tener”* pero también creo que *“una entrevista se puede complejizar en cualquier contexto donde aparece.”* (TS4)

De esta forma trajo la idea de entrevista diferenciada en los espacios de trabajo. Parece haber una disociación entre entrevista en internación y consultorio externo, como si los sentimientos sólo debieran ser trabajados sólo en una de ellas.

Seguidamente una de las participantes refirió al grupo que, respecto del trabajo en las áreas y las entrevistas llevadas a cabo, tiene importancia también el concepto de autonomía. Expresó: *“puede haber mucha complejidad en una situación pero, digamos hay cierta autonomía de ese adulto que se hará cargo de sus decisiones, digamos de su propia vida”*(TS5). Así el/la profesional marcó a las diferencias en las consecuencias de los actos en la vida de ambos. Agregó además que pensaba que en el contexto de la entrevista *“no sólo está el profesional y la persona, sino también la realidad institucional que te está ubicando en un lugar, en un contexto. En una red institucional, en objetivos, en cuestiones que se puede y no se puede. No es lo mismo hacer una entrevista en un hospital que en cualquier otra institución”*(TS 5). Dijo *“a mí al principio me costaba pensarme específicamente en el hospital y me fui ubicando con el tiempo”*(TS5)

La moderadora preguntó entonces a la participante ¿Y qué fue lo que te costó? Respondió *“bueno, desde donde uno piensa la intervención, desde lo posible”*(TS5) y aclaró que, para ella, es importante tener en claro *“el lugar donde uno está trabajando y cuál es el marco digamos de lo posible”* (TS5). Otros agregan: *“y a esto te agrego algo, se te cruzan las propias*

*representaciones de lo que dijo (TS11) de cómo uno construye la niñez, la adolescencia, las maternidades o no, las realidades cotidianas”(TS8). Frente a lo manifestado por el grupo otra participante refirió que para ella está bien decir estas cuestiones porque “sino uno termina universalizando todo y después cuando hay alguien que tenga otro tipo de intervención o posicionamiento le juega”(TS9). Ante su comentario surgió: “ igual yo hasta ahora nunca vi que un profesional del servicio tuviera esta cosa de la maternidad naturalizada u obligada con una persona”(TS5)*

Es interesante como dentro de la discusión grupal aparecieron diversas percepciones acerca de la maternidad y la construcción de la acción profesional. El posicionamiento de cada profesional, más allá de las diferencias, habló de valorizar el encuentro con el usuario/a en tanto permite reconocerse como sujetos en diálogo permanente y en el reconocimiento de sus discursos y verdades. Reconocimiento que implica la idea de alteralidad del encuentro. (Ayres, 2002).

Seguidamente manifestaron: *“específicamente en la internación uno tiene que saber entender hasta dónde llega la intervención y cuándo termina en la internación y se sigue por fuera”(TS5) y aclaró “también es lo que enmarca, estoy en un Hospital General de Agudos y esto va enmarcando un tiempo en la entrevista, específicamente uno tiene que saber y entender hasta dónde llega la intervención y cuando termina y se sigue por fuera”(TS5).*

En este punto la moderadora manifestó que el tiempo es algo que apareció en varias oportunidades y pregunta ¿cómo se vivencia el tiempo en el proceso de una entrevista?

Algunos manifestaron que es un elemento de presión, un *“elemento de presión institucional”(TS2)* que está presente en toda la entrevista. Otro integrante refirió *“el tiempo y la enfermedad que tiene”(TS1)*. Así el tiempo para los participantes pareció ser percibido como un elemento negativo para la actuación profesional y no tenido en cuenta como parte del encuadre.

Una participante manifestó que quiere volver sobre el tema de lo que significa trabajar en un hospital y dijo que ella siempre vio como una *“posibilidad creativa, la posibilidad de poder pensar, digamos que no hay algo que esta reglado, todo es posible, dinámico, por ahí en otras instituciones tenés mucho más pautada la intervención”(TS11)*. La profesional habló de su experiencia personal y refirió que el reconocimiento por la labor no llega *“acá la gratificación que hace al trabajo en sí mismo es difícil”(TS11)*.

Es significativa la opinión que trajo la participante al grupo ya que pareciera, hasta ese momento, que la perspectiva positiva del trabajo hospitalario estaría negada.

Los demás participantes refirieron sus pareceres respecto del trabajo en el hospital. Quien manifestó su mirada desde la creatividad compartió su experiencia laboral por las áreas de justicia y de salud y manifestó que *“en justicia estaba muy estructurado todo y no te podías salir demasiado del casillero, de lo que se espera del TS”*(TS11) . Comparó así cuando llegó a trabajar al hospital *“yo tenía cierta libertad, mi representación de que todo no era tan difícil, siento la gran sorpresa que me lleve cuando llegue al hospital”*(TS11). Refirió así *“la cantidad de situaciones con las que se trabaja, la cantidad de actores con los que tenemos que articular para pensar”*(TS11) aunque también manifestó lo que siente *“con esta realidad compleja, tan difícil, esto es como tan frustrante, cómo cuanta dificultad en la escucha como para de dar solución a la situación”*(TS11), *“pienso mucho en la internación por la cronicidad de las situaciones, los tiempos pero me pongo a pensar en retrospectiva de como pensaba antes de entrar al hospital y como piensa uno habiendo pasado los años. La mirada que uno pudo haber construida es distinta”*(TS11).

Se apoyó en su mirada retrospectiva y sostuvo: *“estamos tan atravesados en esta estructura por el modelo médico hegemónico, y es el lugar a trabajar por nosotros como Trabajadores Sociales”* (TS11). Trae al grupo el debate sobre el tema del poder, precisamente lo que llamó *“el poder del médico”* (TS11) y dice: *“uno tiene que ir aprendiendo a posicionarse desde otro lugar, de transmitir un montón de cuestiones de intervención. Es un lugar del que todos somos parte, es un lugar complejo y que está liderado por médicos”*(TS11)

Al hablar acerca del trabajo en los equipos interdisciplinarios Cazzaniga señala que persiste en el imaginario social una mirada que identifica la profesión como práctica de resolución de problemas sociales. Es más, dice la autora que el Trabajo Social termina haciéndose cargo de todo aquello que no es objeto de intervención de las otras profesiones, teniendo así un status diferencial. Aunque señala que, frente a la complejidad actual, las profesiones que suelen estar parceladas en territorios *“[..]lo biológico, lo médico, lo psicológico, van flexibilizando su actuación y ampliando miradas [..]”*. (Cazzaniga, 2007 p.104-5)

Por su parte otra integrante dijo no compartir la mirada de la colega *“yo no lo veo como un espacio de libertad, sí de creatividad y de trabajar un montón de cuestiones”* (TS13) *“porque trabajamos dentro de un marco institucional, con redes que van estructurando nuestras intervenciones, con jerarquías”* (TS13). Se discutieron en el grupo las opiniones de ambas *“claro, yo tal vez lo sentí al entrar, obvio trabajamos con redes, estamos reestructurados, en una*

*estructura súper verticalista”(TS11) y agregando otra “ la única actividad libre en este sentido es la actividad independiente”(TS1).*

En la discusión grupal subyace la idea de libertad como libre autodeterminación. En un estudio que realizó Dubet (2006) con profesionales de Trabajo Social en relación al trabajo surge que “[..] ser lo suficientemente creativo como para dar un sentido al trabajo siempre amenazado de naufragar en la rutina y en lo insignificante [..]” (Dubet, 2006 p.302)

Se produjo un debate entre los participantes, entre quienes pensaban que existía un margen de libertad y creatividad para el trabajo y quienes consideraban que las normas/leyes lo que hacen es estructurar y perder margen de libertad. Para una de las profesionales “*no tiene que ver con la no libertad, porque a las leyes nos tenemos que atener.*” (TS9), pero “*yo la tengo todo el tiempo”(TS11) dijo otra. Hablaron también acerca de la multiplicidad de obstáculos para la tarea diaria: “uno quiere ver que la realidad se transforme y uno se encuentra con tantos obstáculos pero, creo que hay diversas opciones porque puedo tomar para acá, para allá” (TS 9) y “poder elegir”(TS2)*

Al respecto surge en el grupo el tema del trabajo con los equipos interdisciplinarios “*para mí es un tema aparte, esta cuestión de los códigos diferentes, de cada disciplina, de cómo llegar a que el otro comprenda lo que uno está queriendo transmitir, de cómo decodificar”(TS 2).* Explicó que, a su entender, a veces se está hablando de lo mismo pero de forma diferente “*porque acá lo abordamos como un encuentro con el otro, me refiero al puramente contacto cotidiano del TS con el otro, profesional”(TS2)*

La conversación grupal giró así en relación a las entrevistas que llevan a cabo conjuntamente con otros profesionales. Manifestaron las diferencias experimentadas en relación al trato del usuario/a con otros profesionales del equipo y de los diferentes tipos de lenguaje. Algunos como como (TS1) y (TS9) hablaron de ciertos códigos y lenguajes. Hicieron referencia a qué piensan y creen respecto a cómo nos ven: “*observamos con (TS1) como que a veces a nosotros/as nos ven como muy vuelteras/os”(TS9).* Y acuerdan “*es un ejercicio que empezamos a hacer hacia algún tiempo”(TS1) y (TS9).*

Para otra participante: “*me parece que somos un poco inflexibles y hay como cierto prejuicio que tenemos acerca de cómo el otro denomina y si nomina distinto no significa que este de la otra vereda, es sólo que a veces simplemente nomina distinto”(TS2) y agregó: “mirarlo un*

*poco más, para ver si en la práctica concreta, en la relación con el paciente, en la relación con el sujeto esa nominación está tan cargada de prejuicios o en realidad, es otro idioma”(TS2).*

Es interesante que el grupo planteo una mirada también introspectiva hacia sus propias prácticas marcando las diferencias, en términos del lenguaje, entre las otras disciplinas con las que comparten y articulan en los procesos de trabajo con los usuarios/as.

El análisis e interpretación del lenguaje durante la intervención profesional es parte intrínseca de estos procesos. Se presenta como un medio de comprensión y, en consecuencia, el camino hacia su interpretación está condicionado por el contexto en el que se realiza. Durante la intervención profesional “[...] se trabaja con las palabras tanto desde el hacer como desde la escucha [...]”. (Carballeda, 2013 p.53)

La conversación grupal continuó acerca del lugar del Trabajador Social dentro del equipo de salud y el uso de la entrevista. Se escucharon manifestaciones como “*está la idea que como ya probó todo el equipo de salud, ahora yo lo voy a escuchar más y pruebo yo porque el otro lo hizo mal*” (TS2) y otro/a participante aclaró: “*de hecho a veces te das cuenta que uno maneja más información que los médicos a pesar que tienen al paciente internado hace dos meses en la sala*”(TS11). Vuelven así sobre el tema del poder poniendo en duda sobre quien maneja la información dentro del equipo de salud.

La discusión siguió acerca de la visión mágica que tienen los otros respecto al TS, “*visión un poco mágica de nuestra intervención, como que en la entrevista nuestra ya lo resolvemos*”(TS7). La moderadora pregunta ¿qué pasa con el usuario/a con esa idea mágica?. Todos/as ríen y una participante manifestó “*cómo mantener el diálogo con el usuario/a, cómo tenés que preguntar con un modelo que te obtura*”(TS1). La respuesta pareció darla la misma participante cuando dijo “*se enfrenta con la realidad, ante la falta de recursos, camina Lázaro, levántate y anda*” (TS1) siendo acompañada al unísono por el grupo.

También hicieron referencia a lo que llaman: “*rol de articulador, el rol de mediador que tenemos nosotros en nuestra práctica*” (TS10). “*Es un práctica mediatizada por este diálogo*”(TS10) y agregó que en el trabajo “*podes con tu intervención dar una respuesta que pueda encontrar otra salida. Me parece que entra todo, entra el usuario/a, el profesional, como todo el equipo de salud. Creo que el límite está en lo político y en lo ideológico. El discurso de derechos sabemos que no es aceptado por todos. Nosotros trabajamos desde el paradigma de los derechos, bueno hacerse cargo de este paradigma es un desafío cotidiano. Me parece que esto es*

*algo que nos genera mucho ruido, de donde nos pone, las tensiones que genera. Por eso siempre digo que el límite de nuestra intervención está dada por lo ético político, hasta donde yo voy a sentir que lo que estoy haciendo es contrario a lo que es ético y a veces vemos cuando se puede ser cómplice sin quererlo”, “todo estos se pone en juego cuando trabajamos”(TS10)*

Hacia el final del encuentro una participante manifestó que le gustaría decir algo más “yo creo que sí me movilizo pensando que, en realidad trabajamos con el dolor humano. Creo que parte de ese dolor te trasciende, es difícil como carga procesarlo, digamos como uno en términos profesionales.. Lo traigo desde lo primero que dijiste de las situaciones, de un niño, del dolor del sufrimiento de una enfermedad. Yo creo que el dolor te hace de distintas maneras, para poder enfrentarlo en cada particularidad, en cada uno”(TS1)

Pensar en el padecimiento implica pensar que las enfermedades, los problemas sociales, las necesidades, son narradas en los relatos de los usuarios/as del Servicio Social. Lo que se escucha, desde el lugar de la acción profesional, está ligado a la experiencia singular del usuario/a, la que es afectada por los aspectos históricos y sociales. (Carballeda, 2013 p.77)

Surgieron en el grupo comentarios como “*hay muchas estrategias: o vamos a la cocina y lo charlamos, porque venís de la sala con una situación o te acaban de contar algo muy denso* (TS7). El grupo debatió acerca de la idea de buscar estrategias, de pensar temas para debatir que convocaran a todos/as.

Al finalizar el trabajo grupal un miembro del equipo expresó lo que podría ser una síntesis del encuentro “*a mí me parece que está bueno, como para generar como texto, Eso que criticamos de nuestra profesión de que no generamos texto, escritura. Estaría bueno. Todo el tiempo nominando, definiendo nuestras intervenciones, las distintas reacciones, poniendo la creatividad en juego, articulando la teoría con la práctica*”(TS9)

Se dio por finalizado el encuentro agradeciendo la investigadora la participación de todos/as los presentes, manifestando además que una vez culminada y presentada la investigación final se los reunirá para compartir los resultados, el análisis y la conclusión de la misma.

## **7. CONSIDERACIONES FINALES**

A lo largo de la tesis se analizó la dimensión cuidadora de la práctica de los TS. El interrogante inicial acerca de cómo se manifiesta la dimensión cuidadora en las prácticas en general de los TS que se desempeñan en el HGARM y en particular en la entrevista, en tanto dispositivo privilegiado que permite la operacionalización de la práctica profesional, fue analizado desde la articulación con el estado del arte, los conceptos teóricos desarrollados y la práctica en un contexto específico, en tanto estudio de caso.

La hipótesis planteada al principio del trabajo, en la cual se señalaba que la dimensión cuidadora en la práctica de los TS que se desempeñan en el Servicio Social del HGARM se manifiesta en la cotidianeidad de los procesos de trabajo, pudo confirmarse con el desarrollo del objetivo general y de los objetivos específicos, a partir de las observaciones realizadas de las entrevistas llevadas a cabo por los TS del Servicio Social y la conformación de un grupo focal.

La entrevista resultó ser un interesante analizador de la práctica al poner especial énfasis en el aspecto relacional de la misma durante las observaciones. También fue un elemento disparador para la descripción y el análisis de las prácticas, en general, llevadas a cabo por los profesionales del Servicio Social desde la propia perspectiva de los trabajadores a partir de la implementación de un grupo focal.

El uso de la metodología cualitativa favoreció el abordaje del estudio a efectos de comprender como se expresa la dimensión cuidadora en las prácticas en general y en la entrevista en particular, en tanto dispositivo privilegiado de la práctica profesional.

En el caso de la observación de las entrevistas, las dimensiones encuadre, proceso de interacción y aspecto ético-político contribuyeron al análisis, arrojando los resultados que permitieron la confirmación de los supuestos de los cuales se partió al inicio de la investigación.

El análisis de la dimensión encuadre permitió conocer que la mayoría de las entrevistas llevadas a cabo por los/as profesionales tienen una duración aproximada entre los 16-30 minutos, no habiendo mayormente diferencia si se trataron de entrevistas de primera vez o ulteriores.

En cuanto al espacio físico existieron condicionamientos para el encuadre en los dos ámbitos de la atención, tanto en Consultorio externo como en Internación. Observándose que los/as TS prestaron más atención a éste hecho cuando se trató de entrevistas llevadas a cabo durante la internación. Esto se reafirma, en el trabajo del grupo focal, cuando los profesionales refirieron los problemas relacionados al contexto donde desarrollan las entrevistas en tanto al

tiempo y lugar donde se llevan a cabo. También, desde una mirada introspectiva, los profesionales acordaron que existe cierta naturalización a aceptar los condicionamientos del contexto hospitalario.

El análisis de la dimensión proceso de interacción facilitó establecer las diferencias existentes entre los ámbitos de Consultorio Externo e Internación y reconocer algunas particularidades.

La dinámica comunicacional mostró que no existe un único tipo discursivo pero, en general, se observó que predomina el tipo de discurso interrogativo/apelativo. En varias entrevistas pudo visualizarse que el/la TS utiliza durante el desarrollo del encuentro distintos tipos, combinando el tipo interrogativo/apelativo con el explicativo/metalingüístico y el expresivo.

El discurso es el lenguaje en interacción y como tal esta en relación con el contexto de producción donde ocurre, de ahí el carácter también ideológico del habla y las diferentes formas en las que se manifiesta en la razón disciplinar e instrumental.

Este hallazgo da cuenta entonces que el proceso de comunicación que se despliega durante la entrevista del TS en Salud no es lineal, por el contrario, está atravesado por las múltiples interacciones que hacen que, el proceso de comunicación, siempre esté en función de la relación que se establece entre los sujetos, en este caso entre el TS y el usuario/a del Servicio.

Por otra parte, la expresión de sentimientos fue promovida por los/as profesionales principalmente en las entrevistas de seguimiento y en algunas situaciones durante la internación en Maternidad y Pediatría. Esto se relaciona en lo vertido en el grupo focal, al establecer los/as TS las diferencias en el impacto que produce en ellos/as el desarrollo de las entrevistas en dichos servicios. La idea de “oxigenarse” que plantea una de las/os TS abrió la posibilidad que el grupo también pensara en el cuidado acerca del trabajador en el contexto hospitalario.

En las entrevistas en Consultorio externo, particularmente las llevadas a cabo en la atención de la demanda espontánea, la lógica de un modelo de atención pensado en los procedimientos cobró mayor preponderancia. A diferencia de las entrevistas mantenidas con usuarios/as en atención por Infecciones de Transmisión Sexual y en seguimiento en Servicios como Pediatría, Maternidad e Inmunocomprometidos, donde se observó que el modelo de atención adoptado por los/as profesionales responde a una lógica de atención centrada en el usuario/a.

Las entrevistas mantenidas durante la Internación con usuarios/as internados en las salas de los Servicios de Clínica Médica y especialmente Pediatría y Maternidad dan cuenta de un modelo de atención centrado generalmente en el usuario/a. El centro de la acción profesional giró en relación a la situación de padecimiento y la dolencia, incluyendo también la trama social y vincular de los mismos.

La complejidad de las situaciones fue manifestada por los profesionales durante el desarrollo del grupo focal, al considerar las diferentes formas en que los mismos pudieron abordar las situaciones de trabajo con los usuarios/as del Servicio. Dieron cuenta que los padecimientos y dolencias son parte intrínseca de la esencia de la tarea profesional en el hospital.

El lugar que ocupa el usuario/a y cómo dimensionar su potencialidad fue analizado en la dimensión ético-política. El análisis de esta dimensión permitió conocer que los profesionales del Servicio Social, en general, sostienen una práctica centrada en los usuarios/as. Su actitud de dio cuenta entonces de una acción profesional que buscó promover la autonomía en los usuarios/as del servicio como así también en sus familiares.

La dimensión ético-política de la acción de los profesionales facilitó así la expresión de la dimensión cuidadora en la práctica de los TS ya que incluyó procesos de habla y escucha, vislumbró relaciones intercesoras con el mundo subjetivo del usuario y la construcción de las necesidades en salud a través de relaciones de acogimiento y vínculo.

Se analizó la configuración de un cuidado personalizado, basado en la escucha, la contención y el manejo de la comunicación, que apunta a valorar la individualidad y la autonomía. La observación de las entrevistas permitió distinguir que las mismas, en general, ofrecieron la posibilidad de abrir espacios de conocimiento, crecimiento y libertad en la construcción del acceso a los derechos sociales por parte de los usuarios/as.

El grupo focal cobro importancia a la hora del análisis de los resultados dado que habilitó la palabra de los protagonistas de este trabajo, es decir, los/as TS del Servicio Social.

Durante la discusión grupal los profesionales señalaron que la entrevista es la aproximación a la realidad del otro y constituye un momento fundamental en la práctica en tanto herramienta para la acción profesional. Desde la praxis manifestaron que es una herramienta muy utilizada en la práctica cotidiana pero, advierten de la existencia de cierta lógica de “*hacer sin pensar*” por la que se corre el riesgo de caer en una práctica que escinda al usuario/a y quite a la entrevista el valor del encuentro vincular.

En relación a si existen características particulares que diferencian la entrevista en salud en el ámbito hospitalario de otro tipo de entrevista, los profesionales señalaron que esto es subjetivo y hablaron de una “*pericia particular*”, siendo para ellos/as difícil universalizar en este sentido. Hablaron de la oportunidad de la realización de la entrevista y debatieron acerca de la misma en relación a las entrevistas mantenidas en las diferentes salas.

Surgió el concepto de autonomía del usuario/a en tanto sujeto con características particulares. También debatieron acerca de la autonomía profesional y el margen de libertad institucional para desarrollarla. Se discutieron los condicionamientos institucionales y las representaciones existentes en los profesionales respecto a las posibilidades de desarrollo profesional. Este hecho pone en manifiesto también la mirada ético política de los trabajadores, quienes incluyeron en el debate las distintas miradas y formas de afrontamiento, ante el contexto histórico político, desde el posicionamiento individual y colectivo.

La creatividad es vivenciada en forma diferente por los profesionales. Algunos manifiestan que existen espacios de libertad para ejercer la creatividad en el sentido de autodeterminación, mientras que para otros la creatividad aparece como negada. Hablan de obstaculizadores en la tarea que limitan la libertad y el poder elegir.

A modo de consideración final estimo que la realización de esta investigación visibilizó la dimensión cuidadora en la práctica de los/as TS del Servicio Social del HGARM a través del análisis del encuadre, los procesos de interacción y los aspectos éticos-políticos.

Tanto en la mayoría de las entrevistas observadas como en la discusión del grupo focal pudo dimensionarse la intersubjetividad propia del momento asistencial dando lugar al proceso relacional. De esta forma, en las entrevistas, se observó que la acción profesional de los profesionales del Servicio Social del HGARM favoreció el uso de las relaciones y la interacción con el/la usuario/a. La acción se constituyó así como puente entre la relación profesional, el mundo social del usuario/a y la reflexividad como parte de la acción profesional.

La discusión grupal habilitó no sólo la posibilidad de expresión y la construcción de un texto colectivo sino, fundamentalmente, la posibilidad de reflexión grupal.

Por último, la información obtenida en el presente estudio será sumamente valiosa para la construcción de las prácticas profesionales en el Servicio Social del HGARM y la conformación de acciones que tiendan al mejoramiento de los condicionamientos institucionales, buscando alternativas superadoras en el desarrollo de las acciones profesionales que puedan trascender y

luchar contra los embates institucionales y contextuales, como el vuelo de la paloma de la alegoría Kantiana planteada por Ayres (2002)

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (ASIS) DE LA COMUNA 3, REGIÓN SANITARIA (ESTE) .Revista del Hospital J. M. Ramos mejía. Edición electrónica- vol xvii- nº 2- 2012. Disponible en <http://www.hospitalramosmejia.info/r/201101/358.pdf>

BAPTISTA LEWGOY; CARVALHO SILVEIRA. A entrevista nos procesos de trabalho do assistente social. Revista Textos & Contextos, v.6n (2007.p234-243).

BENEVIDES, DaisyanneSoares; PINTO, Antonio Germane Alves; CAVALCANTE, Cinthia Mendonça y Jorge, MariaSaletteBessa. emsaúde. Cuidado Por mentales meio de Grupos Terapêuticos de um hospital dia: Perspectivas de los Trabajadores de saúde *Interface (Botucatu)* [en línea]2010, vol.14, n.32 [citado 26.02.2014], pp. 127-138. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000100011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000100011&script=sci_arttext)

BLEGER, J. Temas de Psicología (Entrevista y grupos): Ediciones Nueva Visión; 1980

BURGOS ORTIZ, Nilsa M. Investigación cualitativa, miradas desde el Trabajo Social: Espacio Editorial, Buenos Aires; 2011.

CACERES, OBLITAS B, PARRA L. La entrevista en Trabajo Social. Buenos Aires: Espacio Editorial; 2000.

CASTANHA, María Lourdes. A (in) visibilidade da prática de cuidar do ser enfermeirosob o olhar da equipe de saúde. Serviço de Bibliotecas BiomedicasB.Odontologia e Enfermagem. Unisersidade Do Estado Do Rio de Janiero.UER. Disponible en Id 461173[Internet](citado junio2013) <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>.

CARBALLEDA, Alfredo Juan Manuel. La intervención en lo social, una aproximación metodológica: Espacio Editorial; 2013

CASTRO; FUREGATO. Conhecimento e atividades da enfermagem no cuidado do esquizofrénico. Id 600085.[Internet](citado febrero 2013). Disponible en [http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v10/n4/v10n4a08.htm](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n4/v10n4a08.htm)

CAZZANIGA, S. Hilos y nudos. La formación y lo Político en el Trabajo Social: Espacio Editorial; 2007

CHRISTOFORO; CARVALHO. Cuidados de enfermería realizados en el paciente quirúrgico en el período preoperatorio. Id 511667 [Internet](citado marzo 2013)Disponible en [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000100002&script=sci_arttext)

COSTA, SILVIO CRUZ; FIGUEIREDO, MARIA RENITA BURG AND SCHAURICH, DIEGO. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. *Interface (Botucatu)* [online]. 2009, vol.13, suppl.1, pp. 571-580. ISSN 1807-5762.[internet](citado septiembre 2013) Disponible en [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500009&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500009&script=sci_abstract&tlng=pt)

DANSKI, M. T. R, DE OLIVEIRA, L. W, MINGORANCE, P, PEDROLO, E, DE LAZZARI, L. S. M., & JOHANN, D. A. (2011). Características do processo de trabalho do enfermeiro em pronto-atendimento. *Cogitare Enfermagem*, 16. [Internet] (citado septiembre 2013). Disponible en <http://meriva.pucrs.br:8080/dspace/bitstream/10923/5563/1/000452219-Texto%2BCompleto-0.pdf>

DE SOUZA CAMPOS, G. Gestión en Salud. En defensa de la vida. Lugar Editorial; Buenos Aires; 2001

DE SOUZA MINAYO, María Cecilia. La artesanía de la investigación cualitativa: Lugar Editorial, Buenos Aires; 2009.

DICCIONARIO ILUSTRADO LATINO ESPAÑOL Y ESPAÑOL LATINO: Bibliograf SA; 1968

DUARTE; OLSCHOWSKY. Acciones de los enfermeros en una unidad de internación psiquiátrica de un Hospital Universitario. Id 614871.[Internet](citado marzo 2013).Disponible en [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000400011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000400011&script=sci_arttext)

DUBET, F. El declive de la Institución. Profesiones, Sujetos e Individuos modernos: Editorial Gedisa, Barcelona; 2006

FRANCO; MERHY. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. Salud Colectiva. Buenos Aires,7(1) 9-20, Enero-Abril 2011

FERRERIRA, ACIOLI. Prática de cuidado desenvolvida por enfermeiros na atenção primária em saúde: uma abordagem hermenêutico-dialética.[Internet](citado agosto 2013). Disponible en <http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a05.pdf>

FERREIRA BOUÇAS K. A entrevista no processo de trabalho do assistente social: uma análise crítica da utilização deste instrumento na equipe de serviço social do cemeaes – macaé / r. [internet] (citado marzo 2012). disponible en <http://www.puro.uff.br/tcc/2011-2/karine%20-%20completo.pdf>

FOTHERINGHAM; JAROSLAVSKY; MIGNONE. La perspectiva de las necesidades, el enfoque de derechos y la autodeterminación: fundamentos actuales para el Trabajo Social, su visibilidad en un Hospital privado de comunidad. Id 614093[Internet](citado febreo2014).Disponible en [http://www.hospitalitaliano.org.ar/educacion/revista/index.php?contenido=ver\\_articulo.php&id\\_articulo=10688&id\\_rev=26&datorev=Junio+2011+volumen+31+N%26uacute%3Bmero+2](http://www.hospitalitaliano.org.ar/educacion/revista/index.php?contenido=ver_articulo.php&id_articulo=10688&id_rev=26&datorev=Junio+2011+volumen+31+N%26uacute%3Bmero+2)

GOMES MAIA PIRES, MARIA RAQUEL. Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar Revista Latino-Americana de Enfermagem [en línea] 2005, 13

(Septiembre-Octubre) : [fecha de consulta: 25 de diciembre de 2014] Disponible en:

<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2142/2233>

GUBER, Rossana. El Salvaje Metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo: Editorial Paidós; 2004

KAZI; AJEREZ. Salud Mental: experiencias y prácticas. Editorial Espacio - Madres de Plaza de Mayo;

KLOCK, PATRICIA; RIBEIRO LOPES RODRIGUES, ANNA CAROLINA; STIN BACKES, DIRCE y LORENZINI ERDMANN, ALACOQUE. Vislumbrando las Conexiones intersubjetivas del Cuidado de enfermería. *av.enferm.* [en línea]. 2008, vol.26, n.1 [citado 12.25.2014], pp. 13-21. Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002008000100002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002008000100002&lng=es&nrm=iso)

LEWGAY A, CARVALHO S E. A entrevista nos processos de trabalho do assistente Social. Revista Textos y Contextos. Porto Alegre v.6n 2p. 233-51 Jul/dez 2007.

LEY NACIONAL DE EJERCICIO PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL N° 27.072/2014

LEY DE EJERCICIO PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL N° 23.377/87. Disponible en

<http://www.trabajo-social.org.ar/index.php/consejo/institucional/ley-23377>

MACEDO; DIMENSTEIN. Psicología e a produáo do cuidado no campo do bem-estar social. Id 550416 [Internet] (citado en abril 2013).Disponible en

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822009000300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822009000300002)

MAGALHÃES; SILVA. Cuidados necesarios para usuarios de crack del interior de una institución hospitalaria. *RemE – Rev. Min. Enferm.*;14(3): 408-415, jul./set., 2010.[Internet] (citado febrero 2013). Disponible en <http://bases.bireme.br/cgi->

[bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=19562&indexSearch=ID](http://bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=19562&indexSearch=ID)

MARINHO; CONCEIÇÃO; SANTOS; CARVALHO; MENEZES; GUIMARAES. O olhar de uma equipe multiprofissional sobre as linhas de cuidado: (vi)endo o tecer dos fios. Rev. baianasaúde pública;35(3), jul.-set. 2011.[Internet](citado noviembre 2012). Disponible en <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n3/a2640.pdf>

MARTINELLI, M. Servicio Social: Identidad y Alienación. Sao Paulo: Editorial Cortez Editora: 1997

MERHY, E. Cartografía del trabajo vivo en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.

MESQUITA AYRES, J R. Conceptos y prácticas en Salud Pública: Algunas reflexiones. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. . Universidad de Antioquía, Medellín, Colombia. Julio-diciembre año/vol, 20 núm 002

MORAIS, SILVA, RIBEIRO, PINTO, SANTO. Resgatando o cuidado de enfermagem como prática de manutenção da vida: concepções de collière. Revista de Enfermería.[Internet].2010(citado noviembre 2013);vXI:305-310.Disponible en <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a22.pdf>

NUNES, Mônica et al. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, [Internet] (citado Julio 2013). Disponible en

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000100019&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000100019&script=sci_abstract)

PEREIRA, BRUNO C. Reflexões sobre a produção do cuidado do profissional nutricionista na atenção básica. Repercussões do modelo hegemônico de saúde.[Internet](citado noviembre 2013) Id 496837 Disponible [http://bases.bireme.br/cgi-](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=496837&indexSearch=ID)

[bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=496837&indexSearch=ID](http://bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=496837&indexSearch=ID)

PINHO, S. Dialéctica do cuidado humanizado na Uti: contradicções entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. Revista da Escola de Enfermagem [Internet] USP, 2008 [Internet] (citado marzo 2013). Disponible en:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342008000100009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100009)

QUEIRÓZ, PENNA. Conceitos e práticas de integralidade no município de Catas Altas. Rev. Min. Enferm.; 15(1): 62-69, jan./mar. [Internet] (citado marzo 2013). Disponible en

<http://bases.bireme.br/cgi->

<bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=20307&indexSearch=ID>

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. [internet] citado mayo 2014) Disponible en

<http://www.rae.es/drae> <http://lema.rae.es/drae/?val=significado+de+la+palabra+dimesni3n>

ROZAS PAGAZA, M. La intervención profesional en relación con la cuestión social: Espacio Editorial, Buenos Aires, 2001.

SILVA PAIM, J. Política e Sistema de Saude no Brasil; 2008

SILVEIRA, Daniele Pinto da and VIEIRA, Ana Luiza Stiebler. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Ciênc.saúdecoletiva* [online]. 2009, vol.14, n.1 [cited 2014-12-26], pp. 139-148 . Disponible en

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100019&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100019&script=sci_arttext)

TONON, G. Las técnicas de actuación profesional del Trabajo Social .Buenos Aires: Espacio Editorial; 2005

TORRES; CUBILLOS; DÍAZ; GUTIÉRREZ; SERRANO. Impacto de la intervención de Trabajo Social en un Programa de Tuberculosis. Rev. colomb. neumol; 4(1):16-20, mar. 1992. [Internet] (citado marzo 2013). Disponible en

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=190772&indexSearch=ID>

TRAVI, B. La dimensión técnico-instrumental en Trabajo Social. Buenos Aires: Espacio Editorial; 2006.

VACCAREZZA, N. La performatividad de la entrevista de investigación. Pensamientos a partir del diálogo con una mujer trans. Seminario Internacional Fazendo Género 10 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013. ISSN 2179-510X

VELEZ RESTREPO, O. Reconfigurando el Trabajo Social, Perspectivas y Tendencias. Buenos Aires: Espacio Editorial; 2003

VENTURI, WOLFF, MEYER MONXETELLI, PERES. Modelo calidad-cuidado: una mid-rangetheory de enfermería conbase en Watson y donabedian. Revista Ciencia, Cuidado e Saude.[Internet] 2009 (citado noviembre 2013);v.8,n:280-285 .Disponible en:  
<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8212/4935>

WIESE, Michelly. A discussão do social no âmbito da prática profissional.Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo-Supl A,Vol. 21;4-Nov-Dez — 2011.[Internet](citado may02013).  
Disponibile en <http://nisfaps.paginas.ufsc.br/files/2014/09/Artigo-A-Discuss%C3%A3o-do-Social-no-%C3%82mbito-da-Pr%C3%A1tica-Profissional-Rev-SOCESP.pdf>

## **APÉNDICES**

APÉNDICE A: -Consentimiento Informado para la observación de entrevistas (pag.106)

APÉNDICE B: -Consentimiento informado para la participación del grupo focal (pag.107)

Proyecto de investigación:

El análisis del “cuidado” en la práctica de los Trabajadores Sociales: el caso del Servicio Social del Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía

Año: 2014

Sede del proyecto: Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía

Responsable: Lic. Marta Celia Fernández

El presente trabajo de investigación propone analizar la dimensión cuidadora de la práctica de los Trabajadores Sociales en Salud. Intenta reconocer como se manifiesta la dimensión cuidadora en la práctica profesional focalizando la entrevista como analizador. La propuesta de trabajo se apoya en la participación de los Trabajadores Sociales quienes voluntariamente acepten ser parte de la investigación. A tal efecto se realizarán observaciones de entrevistas llevadas a cabo por los profesionales durante su horario laboral, tanto en el ámbito de la atención en consultorios externos como en la internación.

Toda la información será reservada, con el único fin de este estudio, y no habrá identificación del profesional ni de la persona entrevistada; a quien previamente se le informará acerca de la presencia del investigador. En el caso que la persona a entrevistar no acepte la presencia del investigador éste se retirará y excluirá la entrevista del estudio.

Se espera que el resultado del estudio de esta dimensión de la realidad permita poner luz sobre los procesos de trabajo llevados a cabo por los Trabajadores Sociales; particularmente en el desarrollo de las entrevistas como parte de su práctica profesional.

Me encuentro en conocimiento del trabajo de investigación: El análisis del “cuidado” en la práctica de los Trabajadores Sociales: el caso del Servicio Social del Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía, y acepto participar del mismo.

Responsable investigación

Firma del Trabajador Social

Proyecto de Investigación:

El análisis del “cuidado” en la práctica de los Trabajadores Sociales: el caso del Servicio Social del Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía

Año: 2014

Sede del proyecto: Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía

Responsable: Lic. Marta Celia Fernández

El presente trabajo de investigación propone analizar la dimensión cuidadora de la práctica de los Trabajadores Sociales en Salud. Intenta reconocer como se manifiesta la dimensión cuidadora en la práctica profesional focalizando la entrevista como analizador. La propuesta de trabajo se apoya en la participación de los Trabajadores Sociales quienes voluntariamente acepten ser parte de la investigación.

A tal efecto se organiza la discusión grupal a través de la realización de un grupo focal donde se invita a cada participante a compartir sus conocimientos y experiencia personal. Se solicita su aprobación para la grabación de la misma.

Toda la información será reservada, con el único fin de este estudio, y no habrá identificación del profesional. Se espera que el resultado del estudio de esta dimensión de la realidad permita poner luz sobre los procesos de trabajo llevados a cabo por los Trabajadores Sociales; particularmente en el desarrollo de las entrevistas como parte de su práctica profesional.

Me encuentro en conocimiento del trabajo de investigación: El análisis del “cuidado” en la práctica de los Trabajadores Sociales: el caso del Servicio Social del Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía, y acepto participar del grupo focal.

Responsable investigación

Firma del Trabajador Social